М. І. Федзюковіч

АСНОВЫ МЕДЫЦЫНСКІХ ВЕДАЎ

Вучэбны дапаможнік для 10–11 класаў
агульнаадукацыйных устаноў
з беларускай мовай навучання

Дапушчана
Міністэрствам адукацыі
Рэспублікі Беларусь

МІНСК
НАЦЫЯНАЛЬНЫ ІНСТЫТУТ АДУКАЦЫІ
2011

УДК 61(075.3=161.3)
ББК 5я721
Ф32

Р е ц э н з е н т ы:

кафедра анатоміі, фізіялогіі і бяспекі чалавека Брэсцкага дзяржаўнага ўніверсітэта імя А. С. Пушкіна (д-р мед. навук, праф. *С. В. Панько*);

настаўнік вышэйшай катэгорыі, выкладчык кафедры біялогіі чалавека і экалогіі Міжнароднага дзяржаўнага экалагічнага ўніверсітэта імя А. Д. Сахарава *А. Б. Аўчыннікаў*

Федзюковіч, М. І.

Ф32 Асновы медыцынскіх ведаў : вучэб. дапам. для 10—11-га кл. агульнаадукац. устаноў з беларус. мовай навучання / М. І. Федзюковіч. — Мінск : Нац. ін-т адукацыі, 2011. — 256 с. : іл.

ISBN 978-985-465-799-8.

УДК 61(075.3=161.3)
ББК 5я721

ISBN 978-985-465-799-8

УВОДЗІНЫ

Авалоданне асновамі медыцынскіх ведаў неабходна кожнаму чалавеку для яго нармальнага фізічнага і духоўнага развіцця. Асабліва каштоўна мець гэтыя веды ў выпадках, якія патрабуюць аказання людзям першай медыцынскай дапамогі на рабоце, дома, у паездцы, падарожжы, на вуліцы і г. д. Правільна аказаная на месцы здарэння дапамога можа захаваць чалавеку жыццё, прадухіліць хуткае развіццё неабарачальных змен у яго арганізме і забяспечыць пажаданы вынік яшчэ да дастаўкі хворага ў лячэбную ўстанову. Важна ўжо з маладога ўзросту падрыхтавацца да дзеянняў у экстрэмальных умовах і авалодаць элементарнымі медыцынскімі ведамі і практычнымі навыкамі па аказанні сабе і людзям першай медыцынскай дапамогі, па доглядзе пацярпелых і хворых, па кантролі за іх станам. Выключнае значэнне гэтыя веды, уменні і навыкі маюць ва ўмовах надзвычайных тэхнагенных, прыродных і экалагічных катастроф, а таксама ў ваенны час.

Першая медыцынская дапамога прадугледжвае комплекс найпрасцейшых неадкладных мерапрыемстваў па выратаванні жыцця чалавека ці папярэджанні магчымых ускладненняў і ўключае тры асноўныя іх групы:

1) меры па неадкладным спыненні ўздзеяння знешніх шкодных фактараў (напрыклад, электрычнага току, высокіх або нізкіх тэмператур, атрутных рэчываў і інш.);

2) меры па аказанні першай медыцынскай дапамогі ці самадапамогі ў залежнасці ад характару і віду траўмы, няшчаснага выпадку ці раптоўнага захворвання (напрыклад, спыненне крывацёку, накладванне павязкі на рану, штучная вентыляцыя лёгкіх, непрамы масаж сэрца, увядзенне супрацьяддзяў і інш.);

3) меры па неадкладнай дастаўцы хворага ці пацярпелага ў лячэбную ўстанову.

Мерапрыемствы першай групы аказваюцца як сама- ці ўзаемадапамога і павінны выконвацца ў першую чаргу. Другая група мерапрыемстваў можа праводзіцца людзьмі, якія знаёмы з асноўнымі прыметамі пашкоджанняў і ведаюць спецыяльныя прыёмы аказання першай дапамогі. Вялікае значэнне мае трэцяя група мерапрыемстваў па неадкладнай дастаўцы хворага (пацярпелага) у лячэбную ўстанову ў найбольш бяспечным для яго становішчы. Своечасовая і правільна праведзеная медыцынская дапамога часта не толькі ратуе жыццё чалавека, але і стварае перадумовы для яго далейшага паспяховага лячэння, папярэджвае развіццё ўскладненняў, памяншае верагоднасць і працягласць часовай непрацаздольнасці.

У дадзены падручнік уключаны асноўныя медыцынскія звесткі, якія паводле дзеючых праграм навучання прадугледжаны да засваення вучнямі агульнаадукацыйных школ у якасці першасных.

ПЕРШАЯ МЕДЫЦЫНСКАЯ ДАПАМОГА ПРЫ ТРАЎМАХ І НЯШЧАСНЫХ ВЫПАДКАХ

1.1. АГУЛЬНЫЯ ПРЫНЦЫПЫ АКАЗАННЯ ПЕРШАЙ МЕДЫЦЫНСКАЙ ДАПАМОГІ

Першая медыцынская дапамога пры траўмах, вострых захворваннях, няшчасных выпадках можа быць аказана на месцы здарэння самім пацярпелым (самадапамога) ці іншым чалавекам (узаемадапамога) і павінна праводзіцца ў адпаведнасці з пэўнымі правіламі. Мерапрыемствамі першай медыцынскай дапамогі з’яўляюцца:

- часовае спыненне ўзнікшага крывацёку, накладанне стэрыльнай павязкі на рану ці траўміраваную паверхню (напрыклад, пры апёку);
- выкананне штучнай вентыляцыі лёгкіх і непрамога масажу сэрца;
- увядзенне антыдотаў (супрацьяддзяў) пры атручэннях, сродкаў абязбольвання пры траўмах і вострых болевых сіндромах, антыбіётыкаў пры інфекцыях і г. д.;
- тушэнне адзення пры яго ўзгаранні, імабілізацыя (забеспячэнне нерухомасці) пэўнай часткі цела на час транспарціроўкі;
- саграванне цела ці накладванне холаду (пры неабходнасці), частковая санітарная апрацоўка і інш.

Пры моцным крывацёку, пашкоджанні электрычным токам, спыненні работы сэрца і дыхання і ў іншых выпадках першая медыцынская дапамога аказваецца неадкладна. Калі яе неабходна аказаць адначасова значнай колькасці людзей, чарговасць правядзення мерапрыемстваў залежыць ад стану пацярпелых. У першую чаргу дапамагаюць дзецям і тым, хто знаходзіцца ў больш цяжкім стане ці можа загінуць.

Пры аказанні першай медыцынскай дапамогі неабходна хутка вызначыць паслядоўнасць яе этапаў. Усё робіцца асцярожна: грубыя дзеянні могуць пагоршыць стан пацярпе-

лага. Калі дапамогу аказваюць некалькі чалавек, іх дзеянні павінны быць аператыўнымі і зладжанымі, адзін з іх павінен узяць на сябе абавязкі старшага групы і кіраваць дзеяннямі астатніх.

Пры аказанні першай медыцынскай дапамогі выкарыстоўваюцца табельныя (спецыяльныя) і падручныя сродкі. Да *табельных сродкаў* належаць бінты, перавязачныя медыцынскія пакеты, стэрыльныя павязкі і салфеткі, вата, спецыяльныя жгуты для спынення крывацёку, шыны для імабілізацыі. У якасці *падручных сродкаў* пры аказанні першай медыцынскай дапамогі могуць быць выкарыстаны: для накладання павязак — чыстыя прасціны і белая тканіна; для спынення крывацёку — скураны рамень, пояс ці скрутак з тканіны; для імабілізацыі пры пераломах — кускі кардону, дошкі і інш.; для транспарціроўкі — жэрдкі, палотнішчы і інш. Для прафілактыкі і абароны ад пашкоджання радыеактыўнымі, атрутнымі рэчывамі і бактэрыяльнымі сродкамі выкарыстоўваюць стандартную індывідуальную аптэчку (АІ-2) ці іншыя ўкамплектаваныя медыцынскія сумкі і наборы.

Узнікненне сітуацый, якія патрабуюць хуткага аказання эфектыўнай рэанімацыйнай дапамогі на працягу першых хвілін пасля няшчаснага выпадку па-за межамі лячэбных устаноў, — нярэдкая з'ява. Навучанне асновам неадкладнай дапамогі мае важнае дзяржаўнае значэнне, бо дазваляе зберагчы жыццё многім тысячам пацярпелых.

Прычыны страты прытомнасці. Прычынамі страты прытомнасці могуць быць інфаркт міякарда, траўма, утапленне, атручэнне, удар электрычным токам або маланкай, таксічнае ўздзеянне лекаў, востры масіўны крывацёк, кровазліццё ў жыццёва важныя цэнтры галаўнога мозга, захворванні, ускладненыя кіслародным галаданнем і вострай сардэчнай слабасцю, і інш. Ва ўсіх гэтых выпадках патрэбна неадкладна пачаць мерапрыемствы па штучным падтрыманні кровазвароту і дыхання.

Прыметы жыцця і смерці. Рэанімацыя. Вядома, што пры спыненні работы сэрца і дыхання працэсы жыццядзей-

насці арганізма чалавека не спыняюцца адразу і ў ім некаторы час захоўваюцца ўмовы для аднаўлення жыццёвых функцый.

Клінічная смерць — абарачальны этап памірання, перыяд паміж жыццём і смерцю, які доўжыцца некалькі мінут пасля спынення кровазвароту і дыхання. Пачаткам клінічнай смерці лічаць апошні ўдых і апошняе скарачэнне сэрца. Пры гэтым зрэнкі расшыраныя, скурнае покрыва бледнае, халоднае, рэфлексы адсутнічаюць. Абарачальнасць клінічнай смерці ў асноўным залежыць ад ступені змянення клетак галаўнога мозга, выкліканых кіслародным галаданнем (гіпаксія).

Вызначаюць наступныя этапы клінічнай смерці: *перадаганальны перыяд* — этап памірання, для якога характэрна рэзкае прыгнечанне свядомасці, паступовае паніжэнне артэрыяльнага ціску, часты, але вельмі слаба напоўнены пульс, паверхневае дыханне, бледнае скурнае покрыва; *аганальны перыяд* (агонія) — канцавы момант жыцця, гэта этап памірання, пры якім магчыма павышэнне артэрыяльнага ціску, тэмпературы цела і частаты сардэчных скарачэнняў, знікаюць рэфлексы вачэй, дыханне робіцца перарывістым. Аганальны ўсплеск жыццядзейнасці вельмі кароткі і заканчваецца поўным прыгнечаннем усіх функцый арганізма.

Пераход ад клінічнай смерці да біялагічнай называецца *тэрмінальнай паўзай* (ад 5 с да 4 мін), калі вельмі хутка згасаюць рэфлексы і дыханне.

Біялагічная смерць настае адразу за клінічнай і характарызуецца станам, калі ажыўленне немагчыма. Прыметы біялагічнай смерці: памутненне і высыханне рагавіцы, наяўнасць сімптому «кашэчага вока» — пры сцісканні вока зрэнка дэфармуецца; астыванне цела і з’яўленне трупных плямаў; трупная скарчанеласць, якая развіваецца праз 2—4 гадзіны пасля смерці.

Спыненне дыхання і работы сэрца — клінічны стан арганізма, пры якім аднаўленне жыццядзейнасці яшчэ магчыма за кошт інтэнсіўных рэанімацыйных мерапрыемстваў — штучнай вентыляцыі лёгкіх і нпрамога масажу сэрца, якія прымяняюцца практычна ў любой сітуацыі.

У аснове *штучнай вентыляцыі лёгкіх* ляжыць удзіманне паветра ў дыхальныя шляхі пацярпелага. Найбольш простыя метады штучнай вентыляцыі лёгкіх — «з рота ў рот» і «з рота ў нос». Для напаўнення лёгкіх хворага выкарыстоўваецца паветра, якое ўдзімае ратавальнік. Газавы састаў удзімаемага паветра адрозніваецца ад атмасфернага: канцэнтрацыя кіслароду ў ім паменшана з 21 да 15—18 %; канцэнтрацыя вуглякіслага газу павялічана з 0,3 да 5 %. Аднак пры адсутнасці самастойнага дыхання паветра, якое ўдзімаецца ратавальнікам, можа падтрымаць дзейнасць жыццёва важных органаў пацярпелага.

Галоўная задача пры штучнай вентыляцыі — першачарговае аднаўленне і забеспячэнне нармальнай праходнасці дыхальных шляхоў. Найбольш частая прычына парушэння праходнасці — западанне кораня языка і надгартанніка ў выніку расслаблення жавальных мышцаў. Аднаўленне праходнасці паветраносных шляхоў дасягаецца максімальным закідваннем галавы хворага або пацярпелага і адначасовым падцягваннем і прыцісканнем ніжняй сківіцы да верхняй. У некаторых выпадках такім чынам не атрымліваецца вызваліць дыхальныя шляхі. Тады прымяняюць паветраводы.

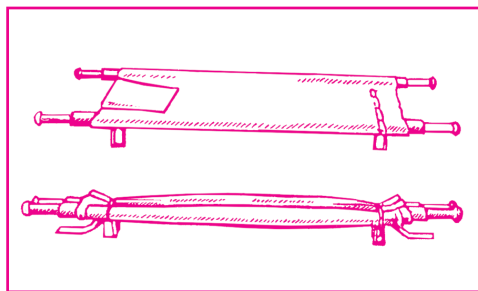
У аснове *непрамога масажу сэрца* ляжыць рытмічнае сцісканне сэрца паміж грудзінай і пазваночнікам. Пры гэтым кроў з левага жалудачка паступае ў аорту і па сасудах — у галаўны мозг, з правага жалудачка — у лёгкія, дзе ўзбагачаецца кіслародам (штучная сістала).

Для выканання непрамога масажу сэрца абавязковай умовай з'яўляецца наяўнасць цвёрдай паверхні (зямля, падлога, стол).

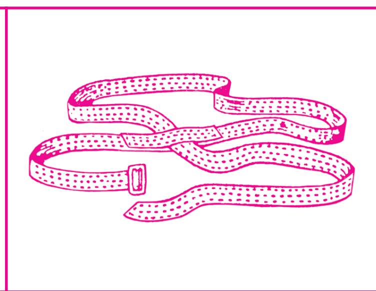
Транспарціроўка хворых. Пасля аказання першай медыцынскай дапамогі хворага або пацярпелага неабходна даставіць у найбліжэйшую лячэбную ўстанову. Веданне і выкананне правіл транспарціроўкі пацярпелых у немалой ступені спрыяе іх паспяховаму лячэнню, а парушэнне, наадварот, можа ўскладніць, пагоршыць іх стан у выніку, напрыклад, зрушэння касцявых абломкаў ці асколкаў, павелічэння крывацёку, здранцвення тканак і парушэння кровазвароту, дадатковага траўміравання.

Найбольш бяспечным сродкам транспарціроўкі хворых і пацярпелых з'яўляюцца насілкі. Стандартныя *санітарныя насілкі* складаюцца з двух металічных ці драўляных брускоў з ручкамі, двух шарнірных распорак з ножкамі, здымнага палотнішча, рамянёў, папарна прымацаваных (справа і злева) на канцах брускоў для звязвання насілак (рыс. 1). Разгортваюць насілкі адначасова два чалавекі, развязваюць рамяні, рассоўваюць бруські ўбакі і нацягваюць палотнішча да характэрнага шчаўчка. У кішэню галаўной часткі кладуць падручны матэрыял (вату, сена, салому, тканіну ці інш.). У некаторых выпадках, асабліва для транспарціроўкі пацярпелых з пераломамі касцей таза і пазваночніка, лепш выкарыстоўваць (пры наяўнасці) *вакуумныя насілкі*. Яны зроблены з непранікальнага для паветра матэрыялу ў выглядзе чахла, напоўненага дробнымі пластмасавымі шарыкамі. Пацярпелага кладуць на насілкі ў найбольш бяспечным для яго становішчы, чахол зашнуроўваюць. Спецыяльнай нажной помпай з чахла выдаляюць паветра, што стварае вакуум у ім, надае насілкам патрэбную шчыльнасць і ў пэўнай ступені забяспечвае фіксацыю цела ў патрэбным становішчы. Пацярпелага нясуць на насілках два чалавекі, трымаючы насілкі за спецыяльныя ручкі на канцах брускоў. Калі хворага ці пацярпелага прыходзіцца выносіць з цяжкадаступных бездарожных месцаў, карыстаюцца таксама спецыяльнымі *насілкавымі лямкамі* (рыс. 2).

Перакладваць хворых з зямлі на насілкі могуць 4, 3 або 2 чалавекі. Насілкі пры гэтым ставяць уздоўж цела пацярпелага. Той, хто знаходзіцца каля галавы хворага, адну руку



Рыс. 1. Санітарныя насілкі



Рыс. 2. Насілкавая лямка

падсоўвае яму пад галаву, а другую руку — пад лапаткі. Сярэдні насільшчык у гэты час падводзіць рукі пад паясніцу і ягадзіцы пацярпелага, трэці (які стаіць каля ног) — падкладвае адну руку пад бёдры, а другую — пад галёнкі. Па камандзе яны адначасова асцярожна падымаюць хворага і ўтрымліваюць перад сабой у гарызантальным становішчы. У гэты момант чацвёрты чалавек падводзіць пад яго насілкі, на якія (зноў па камандзе) апускаюць пацярпелага. Калі насільшчыкаў толькі тры, то падымаюць хворага два чалавекі (трэці падсоўвае насілкі), калі толькі два — то насільшчыкі абодва апускаюцца на калені, падводзяць пад цела хворага рукі і па камандзе перакладаюць яго на насілкі. Другі спосаб у апошняй сітуацыі — падыманне хворага за адзенне, але ён недапушчальны пры наяўнасці пераломаў канечнасцей і выкарыстоўваецца толькі тады, калі перакласці яго трэба вельмі хутка. Калі маса пацярпелага невялікая і стан яго менш цяжкі, перакласці яго на насілкі можа і адзін чалавек — хворы ахоплівае шыю насільшчыка рукамі, а апошні падводзіць рукі пад лапаткі і бёдры, падымае цела і асцярожна пераносіць на насілкі.

У многіх выпадках насілак побач можа і не аказацца. Тады карыстаюцца падручнымі сродкамі і матэрыяламі: доўгімі жэрдкамі, брускамі, дошкамі, прасцінамі, коўдрамі, плашч-палаткамі, паліто, рамянямі і г. д.

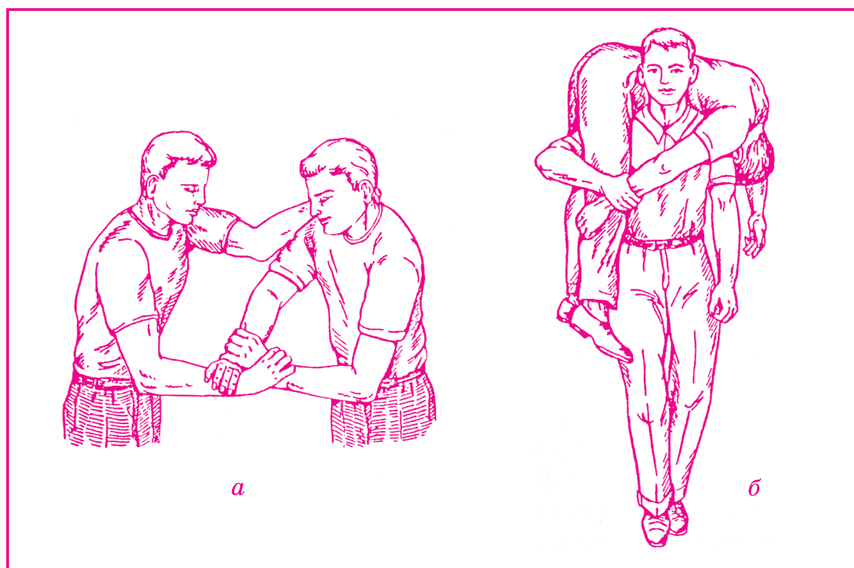
Падчас транспарціроўкі хворага ці пацярпелага на насілках трэба прытрымлівацца наступных рэкамендацый. На роўнай мясцовасці хворых нясуць нажной часткай уперад, каб заднія насільшчыкі маглі мець магчымасць па выразе твару пацярпелага і іншых прыметах сачыць за яго станам. Калі ж рухацца даводзіцца ўверх па схілах, лесвіцах, то галаўная частка насілак павінна быць наперадзе, а задняя падымацца на руках да гарызантальнага ўзроўню. Пры спусках з гор, схілаў, лесвіц галаўны канец насілак павінен знаходзіцца ззаду, заднія насільшчыкі трымаюць канцы насілак на апушчаных уніз руках, а пярэднія кладуць іх ручкі сабе на плечы.

У залежнасці ад характару траўмы хворага размяшчаюць на насілках па-рознаму. Пры пераломах шыйнага і груднога аддзелаў пазваночніка хворага транспартуюць на

спіне, паяснічнага аддзела — на жываце; пры раненнях жывата і пераломах касцей таза — на спіне з сагнутымі ў каленях нагамі.

Пацярпелых, якія знаходзяцца ў непрытомным стане, транспартуюць у становішчы лежачы на жываце, з падкладзенымі пад лоб і грудзі валікамі. Пры транспарціроўцы ў халоднае надвор'е трэба папярэдзіць пераахаладжэнне пацярпелага. Асаблівай увагі патрабуюць параненыя з накладзенымі артэрыяльнымі жгутамі, пацярпелыя, якія знаходзяцца ў непрытомнасці і ў стане шоку, з абмаражэннямі.

Пры адсутнасці на месцы здарэння насілак і падручных сродкаў хворага прыходзіцца пераносіць на руках, спіне, плячах або з дапамогай «замка» з трох ці чатырох рук (рыс. 3). На руках хворага пераносяць наступным чынам: насільшчык апускаецца на зямлю на адно калена, заводзіць рукі пад спіну і бядро (хворы пры гэтым ахоплівае насільшчыка рукамі за шыю), падымаецца і нясе. Такі спосаб нельга прымяняць пры пераломах канечнасцей, рэбраў. На спіне хворага пераносяць, даўшы яму ахапіць рукамі плечы



Рыс. 3. Способы пераноскі пацярпелых:
а — пры дапамозе «замка» з трох рук; *б* — на плячы

насільшчыка і трымаючы хворага рукамі пад бёдрамі. На далёкія адлегласці пры адсутнасці проціпаказанняў па характары атрыманых пашкоджанняў пацярпелага можна пераносіць на плячы. Пры гэтым насільшчык падымае яго і кладзе сабе на правае плячо так, каб галава і грудзі хворага знаходзіліся і звісалі ззаду, а правай рукой ахоплівае і трымае яго ногі пад каленямі. Пры транспарціроўцы пацярпелага на руках спосабам «замка» насільшчыкі становяцца побач і злучаюць свае рукі так, каб утварылася своеасаблівае крэсла.

Такія спосабы транспарціроўкі павінны разглядацца хутчэй як вымушаная мера, больш рызыкоўная і менш зручная і аберагальная, чым транспарціроўка нават на самаробных насілках, зробленых з наяўных ці знойдзеных на месцы здарэння жэрдак, распорак, вяровак, палотнаў і іншых падручных матэрыялаў.

У групу першачарговай транспарціроўкі ўваходзяць: параненыя з пранікаючымі раненнямі груднай і брушной поласцей, якія знаходзяцца ў непрытомнасці або ў стане шоку, з раненнямі чэрапа, параненыя з ўнутраным крывацёкам, ампутаванымі канечнасцямі, адкрытымі пераломамі, апёкамі.

Другую групу складаюць: пацярпелыя з закрытымі пераломамі канечнасцей, параненыя са значнымі, але спыненымі вонкавымі крывацёкамі.

У трэцюю групу ўваходзяць: параненыя з нязначнымі крывацёкамі, пераломамі невялікіх касцей, ударамі. Дзяцей малодшага ўзросту з гэтых груп неабходна транспартаваць у першую чаргу, а калі дазваляюць абставіны, разам з бацькамі.

Пытанні для паўтарэння

1. Назавіце асноўныя прычыны, якія патрабуюць неадкладнага аказання першай дапамогі.
2. Дайце характарыстыку клінічнай і біялагічнай смерці.
3. Пералічыце ўмовы правядзення штучнай вентыляцыі лёгкіх метадам «рот у рот» ці «рот у нос»; непрамога масажу сэрца.
4. Раскажыце пра правілы транспарціроўкі пацярпелых.

ПРАКТЫЧНЫЯ ЗАНЯТКІ 1

Мэта заняткаў — вывучыць метады правядзення штучнай вентыляцыі лёгкіх і непрамога масажу сэрца.

Аснашчэнне: табліцы, відэафільм па тэме заняткаў.

Паслядоўнасць выканання штучнай вентыляцыі лёгкіх:

- хворага кладуць на спіну;
- вызваляюць шыю, грудную клетку і вобласць жывата ад цесных элементаў адзення (расшпільваюць каўнер, расслабляюць гальштук, паясны рэмень і інш.) і часткова ад адзення;
- хутка аглядаюць поласць рота і пры наяўнасці ў ёй вадкасці ці іншародных цел выдаляюць іх;
- ратавальнік адной рукой бярэ хворага за падбародак, другую кладзе на цемянную вобласць галавы і крыху закідвае яе;
- трымаючы галаву ў такім становішчы, ратавальнік глыбока ўдыхае, схіляецца над пацярпелым, шчыльна ахоплівае губамі яго рот і з невялікай сілай удзімае паветра, папярэдне затуліўшы нос пацярпелага шчакой ці спецыяльным заціскам. Удзіманне можна праводзіць праз хустачку, сурвэтку з марлі ці з іншай паветрапранікальнай тканіны;
- адразу пасля ўдзімання паветра і расшырэння груднай клеткі пацярпелага ратавальнік рэзка спыняе ўдзіманне і вызваляе рот і нос хворага;
- калі грудная клетка хворага апускаецца пры выдыху, ратавальнік зноў глыбока ўдыхае і робіць наступнае ўдзіманне паветра.

Такія цыклы паўтараюцца з рытмам 12—18 разоў за мінуту. Пры рэанімацыйных мерапрыемствах у маленькіх дзяцей ратавальнік ахоплівае губамі рот і нос дзіцяці і ўдзімае паветра ў гэтыя дыхальныя шляхі адначасова. Пры выкарыстанні метаду «рот у нос» удзіманне паветра адбываецца праз нос, пры гэтым рот пацярпелага закрываюць рукой, ніжнюю сківіцу зрушваюць уверх, каб пазбегнуць западання языка.

У мэтах папярэджання заражэння выратавальніка ВІЧ і іншымі інфекцыямі штучную вентыляцыю лёгкіх па маг-

чымасці праводзяць праз тканіну або паветравод. Крытэрыем паспяховага ўдзімання паветра ў дыхальныя шляхі з'яўляецца прыўздыманне пярэдняй грудной сценкі.

Паслядоўнасць выканання непрамога масажу сэрца:

● хворага кладуць на спіну на цвёрдую аснову (падлогу, зямлю, кушэтку);

● хутка расшпільваюць верхняе адзенне, пояс ці паясны рэмень, вызначаюць рукамі памер грудзіны і ўяўна дзеляць яе папалам. Частку далоні (каля прамянёвазапясцевага сустава) адной рукі кладуць ніжэй вызначанай сярэдзіны грудзіны пацярпелага, далонь другой рукі кладуць на першую. Пальцы рук неабходна прыўзняць — яны не павінны датыкацца да грудной клеткі хворага;

● рукі ратавальніка накіроўваюцца перпендыкулярна да грудзіны пацярпелага — гэта дазваляе забяспечыць яе прагібанне на 4—5 см, неабходнае для сціскання сэрца;

● праз кожныя 30 націсканняў на грудзіну ратавальнік павінен спыняць масаж і рабіць два моцныя ўдзіманні паветра ў дыхальныя шляхі хворага метадам «рот у рот» ці «рот у нос» (рыс. 4).

Эфектыўнасць масажу сэрца вызначаюць па з'яўленні пульсу на сонных, сцегнавых і прамянёвых артэрыях, павышэнні артэрыяльнага ціску да 60—80 мм рт. сл., звужэнні зрэнкаў, іх рэакцыі на святло, па аднаўленні дыхання і сэрцабіцця.

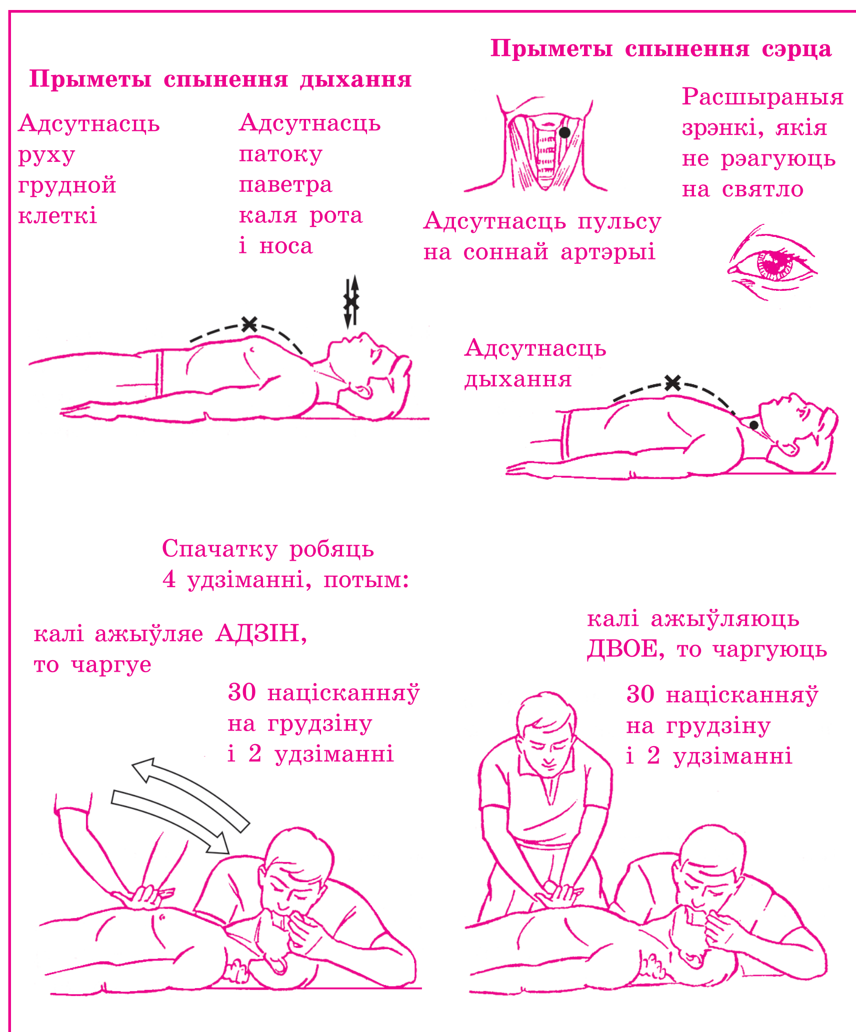
Пры масажы сэрца дзецям становішча рук такое, як пры масажы сэрца дарослым. Дзецям старэйшага ўзросту масаж робяць адной рукой, нованароджаным і аднагадовым — кончыкамі 1—2 пальцаў.

Паказанні для спынення сардэчна-лёгачнай рэанімацыі:

● аднаўленне дыхання і сардэчнай дзейнасці (станоўчы эфект);

● адсутнасць рэакцыі зрэнкаў на святло (шырокія зрэнкі); з'яўленне трупных плямаў на ніжніх частках цела (безвыніковы эфект).

Незалежна ад таго, колькі чалавек праводзіць рэанімацыю, штучная вентыляцыя лёгкіх і закрыты масаж сэрца праводзяцца ў суадносінах 2 : 30 (2 удзіманні, 30 націсканняў).



Рыс. 4. Сардэчна-лёгачная рэанімацыя

Пры некаторых цяжкіх хваробах сэрца, лёгкіх, траўматычных пашкоджаннях чэрапа з размажджэраннем галаўнога мозга, злаякасных пухлінах з метастазамі рэанімацыйныя мерапрыемствы не маюць сэнсу і не праводзяцца.

1.2. АДКРЫТЫЯ ПАШКОДЖАННІ, КРЫВАЦЁКІ

1.2.1. Раны. Класіфікацыя ран

Раны — пашкоджанні тканак і органаў, якія суправаджаюцца парушэннем цэласнасці скурнага покрыва (слізістай абалонкі), болем, крывацёкам, разыходжаннем пашкоджаных краёў і парушэннем функцый пашкоджанай часткі цела. Невялікія паверхневыя раны з частковым пашкоджаннем скуры ці слізістай абалонкі называюцца *ранкамі*.

Паводле наяўнасці ўваходнай і выхадной адтулін раневага канала адрозніваюць раны *сляпыя* (прадмет засеў у тканках) і *навылётныя*, або *скразныя* (прадмет, які выклікаў траўму, прайшоў навылёт). Адрозніваюць таксама *раненні мяккіх тканак* (скуры, падскурнай клятчаткі, мышцаў, сухажылляў, сасудаў, нерваў), *раненні з пашкоджаннем касцей*, *пранікальныя* і *непранікальныя ў поласці цела*. Рана называецца пранікальнай, калі прадмет, які выклікаў рану, пранікае ў поласць цела (плеўральную, брушную, суставную), чэрапа, камеру вока і інш. Пры пранікальных раненнях грудной клеткі і брушной поласці магчымы пашкоджанні размешчаных у іх органаў.

Паводле механізму нанясення, характару прадмета, якім нанесена рана, і самога пашкоджання тканак адрозніваюць раны рэзаныя, колатыя, рубленыя, укушаныя, рваныя, скальпіраваныя, удараныя, размажджэраныя, агнястрэльныя.

Рэзаная рана наносіцца вострым прадметам (нож, шкло і інш.) і характарызуецца перавагай даўжыні пашкоджанага ўчастка над яго глыбінёй, роўнымі краямі, мінімумам загінуўшых тканак і рэактыўных змен вакол раны.

Рубленая рана ўзнікае ад уздзеяння цяжкага вострага прадмета і мае большую глыбіню і большы аб'ём загінуўшых нежыццяздольных тканак.

Рваная рана ўтвараецца пры такім уздзеянні механічнага прадмета на мяккія тканкі, якое перавышае іх фізічную здольнасць да расцяжэння. Краі раны маюць няправільную форму, адзначаецца адслойванне або адрыў тканак і разбурэнне тканкавых элементаў на значным участку.

Колатая рана ўзнікае пры пашкоджанні мяккіх тканак іголкай, шылам, цвіком, нажом, штыком і іншымі вострымі падоўжанымі прадметамі. Такія раны звычайна глыбокія і сляпыя, з адносна невялікай уваходнай адтулінай, іншы раз з адначасовым пашкоджаннем крываносных сасудаў і ўнутраных органаў.

Скальпіраваная рана характарызуецца поўным ці частковым адслойваннем скуры, а на валасістай частцы галавы — амаль усіх мяккіх тканак без значнага іх пашкоджання.

Ударaная рана і ***размажджэраная*** рана ўзнікаюць ад udaraў тупымі прадметамі, характарызуюцца расціснутымі і разарванымі тканкамі са значнай зонай першаснага, а затым другаснага траўматычнага некрозу і значным мікробным забруджаннем.

Укушаная рана як вынік укусу жывёлы або чалавека, адрозніваецца вельмі значным мікробным забруджаннем і частымі, іншы раз вельмі небяспечнымі інфекцыйнымі ўскладненнямі (шаленства і інш.). Такая рана можа мець прыметы рванай, ударанай і раструшчанай, часта інфіцыруецца вірусам шаленства, які ўтрымліваецца ў сліне таго, хто ўкусіў.

Агнястрэльная рана — вынік уздзеяння агнястрэльнай зброі (асколак, куля, шрот). Яна значна адрозніваецца ад усіх відаў ран па структуры, характары мясцовых і агульных змен, працяканні працэсаў зажыўлення. Асабліва небяспечныя раны ад разрыўных куль і куль са змешчаным цэнтрам цяжару. Пры навылётным агнястрэльным раненні ўтвараюцца ўваходная і выхадная адтуліны, прычым уваходная адтуліна заўсёды меншая за выхадную. Пры прамым уздзеянні асколка або кулі ўзнікае ранавы канал, у які (асабліва пры асколачных раненнях) трапляюць абрыўкі адзення, зямля, разбураныя тканкі, якія забруджваюць рану і пры значным размажджэранні, скопішчы крыві, пашкоджанні ўнутраных органаў спрыяюць развіццю цяжкіх форм гнойных і іншых ускладненняў.

На ранячых прадметах і паверхні скуры знаходзяцца разнастайныя мікробы, якія трапляюць ў рану і інфіцыруюць яе. Часцей за ўсё рана інфіцыруецца гнаяроднымі

бактэрыямі, якія выклікаюць гнойна-запаленчы працэс, што рэзка пагаршае зажыўленне і стварае небяспеку агульнай гнойнай інфекцыі.

Адрозніваюць першаснае і другаснае мікробнае забруджванне. *Першаснае* забруджванне адбываецца ў момант ранення, *другаснае*, як правіла, звязана з парушэннем правіл асептыкі пры перавязках і аперацыях. Другаснае інфіцыраванне можа адбыцца таксама пры апрацоўцы ран нямытымі рукамі, выкарыстанні нестэрыльнага перавязачнага матэрыялу, няправільнай апрацоўцы ран, няправільным накладанні павязкі, падчас перавязкі. Магчыма пранікненне ўзбуджальнікаў другаснай інфекцыі ў рану па крываносных сасудах з гнойнага ачагу, які знаходзіцца ў другой частцы цела (гнойнае запаленне мяккіх тканак, хранічная ангіна, гаймарыт і інш.).

Пры вялікіх і глыбокіх раненнях гнойна-запаленчы працэс можа працякаць вельмі хутка і бурна. У гэтых выпадках магчыма пранікненне хваробатворных мікраарганізмаў у крываносныя сасуды і распаўсюджванне іх ва ўсе органы і тканкі — развіваецца агульная гнойная інфекцыя (сепсіс). Падобнае ўскладненне пасля раненняў небяспечна і часта заканчваецца смерцю, нават пры самым інтэнсіўным лячэнні. Акрамя гнаяродных бактэрый у рану могуць трапіць небяспечныя мікробы, якія выклікаюць такія захворванні, як слупняк і газавая гангрэна.

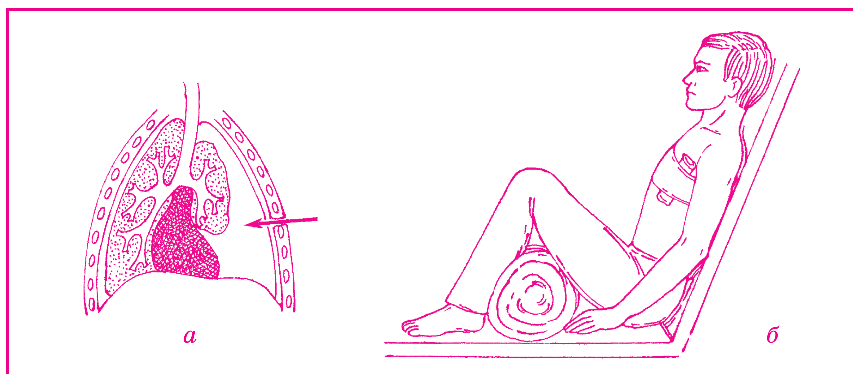
Слупняк — інфекцыйнае захворванне, якое ўзнікае пры забруджванні раны зямлей, пылам, гноем, пры сельскагаспадарчых і транспартных траўмах і агнястрэльных раненнях. Пры любой траўме з парушэннем цэласнасці скуранага покрыва і слізістых абалонак, апёках і абмаражэннях II і болей ступені, укусах жывёл абавязкова трэба правесці спецыфічную процілупняковую імунізацыю.

Газавая гангрэна ўзнікае пры трапленні ў рану мікробаў, якія размнажаюцца ва ўмовах адсутнасці паветра (анаэробная інфекцыя). У выніку ў ране, тканках і вакол яе развіваецца цяжкі запаленчы працэс. Лячэнне гэтага ўскладнення заключаецца ва ўвядзенні процігангрэнозных сываратак, хірургічным умяшанні і правядзенні іншых лячэбных мерапрыемстваў.

Першая дапамога *пры раненнях мяккіх тканак галавы* грунтуецца на спыненні крывацёку. З прычыны таго, што пад мяккімі тканкамі знаходзяцца косці чэрапа, найлепшым спосабам часовага спынення крывацёку з'яўляецца накладанне сціскальнай павязкі. Іншы раз магчыма спыніць крывацёк пальцавым прыцісканнем артэрыі (вонкавай скроневай — спераду вушной ракавіны, вонкавай сківічнай — каля ніжняга краю ніжняй сківіцы, у 1—2 см ад яе вугла).

Часта з раненнямі мяккіх тканак галавы адначасова адбываецца пашкоджанне галаўнога мозга (страсенне, удар, сцісканне). Першая дапамога пры такім раненні — надаць параненаму гарызантальнае становішча, стварыць спакой, прыкласці холад да галавы і неадкладна транспартаваць яго ў лячэбную ўстанову.

Раненні груднной клеткі (пранікальныя) небяспечныя тым, што пры іх могуць быць пашкоджанні сэрца, аорты, лёгкіх і іншых жыццёва важных органаў, што часта прыводзіць да цяжкага ўнутранага крывацёку і лятальнага зыходу. Пранікальныя раненні грудной клеткі без пашкоджання жыццёва важных органаў таксама небяспечныя для жыцця. Гэта абумоўлена пранікненнем у плеўральную поласць паветра. У выніку гэтага спадаецца лёгкае, адбываецца зрушэнне сэрца і сцісканне здаровага лёгкага, развіваецца агульны цяжкі стан (рыс. 5).



Рыс. 5: а — пранікальнае раненне грудной клеткі;
б — схема становішча раненага пасля закрыцця раны грудной клеткі і пры транспарціроўцы

Пры аказанні першай дапамогі неабходна ліпучым пластырам, паветранепранікальнай плёнкай і іншымі матэрыяламі максімальна герметычна закрыць рану кругавой сціскальнай павязкай.

Раненні жывата (брушной сценкі) асабліва небяспечныя: нават невялікія раны могуць быць пранікальнымі, пры якіх магчыма пашкоджанне органаў брушной поласці. Пры значных ранах праз адтуліну ў брушной поласці магчыма выпадзенне ўнутраных органаў. Органы, якія выпалі, нельга ўпраўляць у брушную поласць, такая рана павінна быць закрыта асептычнай павязкай або адзеннем пацярпелага.

Пры любых раненнях ў жывот забараняецца пацярпелага карміць, паіць, даваць праз рот лекавыя рэчывы. Транспартаваць такіх пацярпелых трэба ў становішчы лежачы з прыўзнятай верхняй часткай тулава і сагнутымі ў каленях нагамі.

1.2.2. Крывацёкі

Крывацёк — выцяканне крыві з крывяноснага сасуда на паверхню ці ў поласці і тканкі цела. Крывацёк бывае *першасным* — у выніку пашкоджання крывяноснага сасуда ў момант траўмы і *другасным* — узнікае праз некаторы час, напрыклад, пры дэфекце сасудзістай сценкі, калі на яе ціснe іншароднае цела (адламаныя косці), або пры некрозе, які з'яўляюцца пры траўме. Найбольш небяспечнымі для жыцця з'яўляюцца крывацёкі з сасудаў буйнога і сярэдняга калібраў. Крывацёк з сасудаў малога калібру небяспечны толькі пры паніжанай згусальнасці крыві, якая ўзнікае, напрыклад, пры вострай прамянёвай хваробе.

Адрозніваюць артэрыяльныя, вянозныя, капілярныя і змешаныя крывацёкі.

Пры *артэрыяльным* крывацёку кроў ярка-чырвонага колеру, выцякае пульсуючым струменем. Пры пашкоджанні буйных сасудаў (аорта, падключычная, сцегнавая артэрыя

і інш.) праз некалькі хвілін страта крыві можа стаць несумяшчальнай з жыццём. Аднак пры раненні нават буйнога артэрыяльнага ствала такога можа не адбыцца, калі пашкоджаны сасуд сціснуты гематомай або ў яго прасвет закручваецца ўнутраная абалонка і ўтвараецца тромб.

Ціск у венах значна ніжэйшы, чым у артэрыях, таму пры *вянозным крывацёку* кроў выцякае марудна, раўнамерным і бесперапынным струменем. Колер крыві цёмна-вішнёвы. Такі крывацёк радзей прыводзіць да значнай страты крыві. Аднак пры раненнях вен шыі, грудзей, калі ў іх прасвет пры ўдыху трапіць паветра, можа ўзнікнуць ускладненне — паветраная эмбалія.

Капілярны крывацёк бывае пры пашкоджанні дробных крывяносных сасудаў (неглыбокія парэзы скуры, ранкі). Кроў з іх выцякае марудна, кроплямі. Пры нармальнай згусальнасці крыві крывацёк спыняецца самастойна.

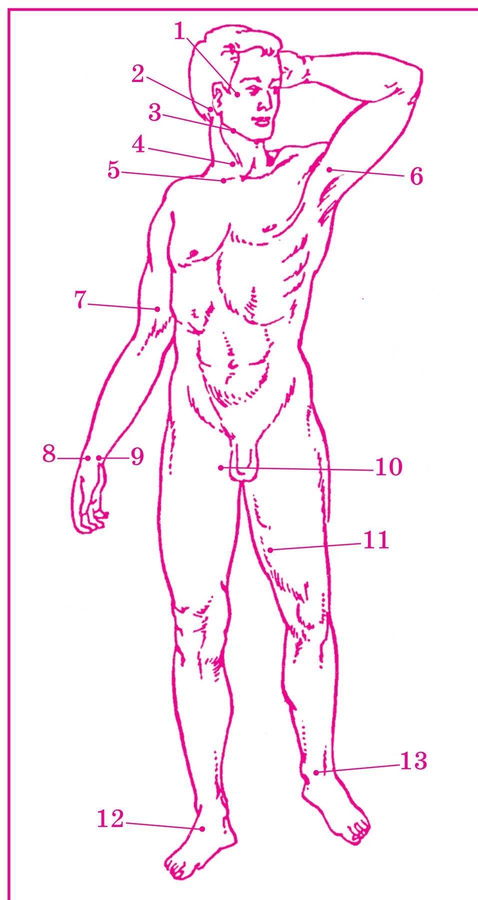
Змешаны крывацёк назіраецца пры адначасовым раненні артэрый і вен. Гэты від крывацёку характэрны пры пашкоджаннях печані, селязёнкі, нырак. Сасуды ўнутраных органаў не спадаюцца, таму самастойнага спынення такога крывацёку амаль ніколі не адбываецца.

У залежнасці ад таго, куды выцякае кроў з пашкоджанага сасуда, адрозніваюць крывацёкі вонкавыя і ўнутраныя. Пры вонкавым крывацёку кроў выцякае з раны ці натуральных адтулін цела чалавека, пры ўнутраным — збіраецца ў тканках і замкнутых поласцях цела.

Спосабы спынення крывацёку. Каб пазбегнуць значнай страты крыві, неабходна хутка спыніць крывацёк і ўзнавіць аб'ём страчанай крыві. Першая медыцынская дапамога для часовага спынення вонкавага крывацёку — пальцавае прыцісканне сасуда, фіксаванае згібанне канечнасці, накладанне сціскальнай павязкі, жгута ці закруткі.

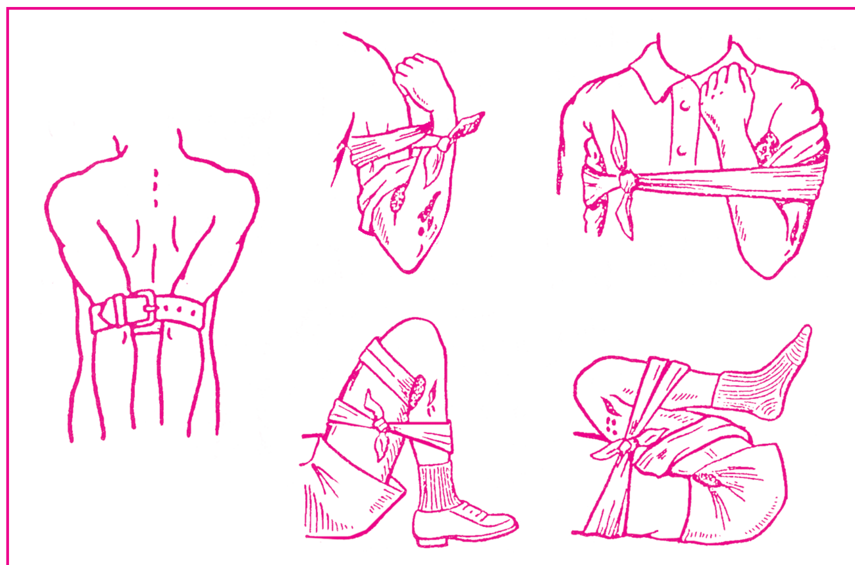
Прыцісканне пашкоджанай артэрыі на працяжэнні — гэта сцісканне артэрыі вышэй месца пашкоджання. Пальцавае прыцісканне сасуда да падлеглых касцявых утварэнняў забяспечвае хуткае спыненне крывацёку, што дазва-

ляе выгадаць час для спынення крывацёку іншымі спосабамі. Для кожнага буйнога артэрыяльнага ствала ёсць тыповыя месцы, дзе робяць пальцавыя прыцісканні (рыс. 6).



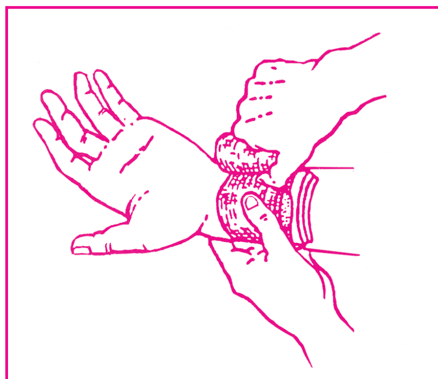
Рыс. 6. Месцы прыціскання артэрый:
1 — скроневай;
2 — патылічнай;
3 — сківічнай;
4 — соннай;
5 — падключычнай;
6 — падпахавай;
7 — плечавой;
8 — прамянёвай;
9 — локцевай;
10—11 — сцегнавой;
12—13 — вялікагалёначнай

Згібанне канечнасці з фіксацыяй выкарыстоўваецца пры крывацёку з раны каля асновы канечнасці. Пры раненні передплечча ці галёнкі канечнасць фіксуюць у локцевым ці каленным суставе; пляча — руку заводзяць, колькі магчыма, за спіну і фіксуюць; бядра — нагу згібаюць у тазасцегнавым і каленным суставах і фіксуюць у прыведзеным да жывата становішчы (рыс. 7).



Рыс. 7. Спыненне крывацёку пры раненні канечнасці шляхам максімальнага яе згібання

Сціскальная павязка робіцца пры вянозным крывацёку і пашкоджаннях невялікіх артэрый. На рану накладаюць некалькі слаёў марлі, зверху тоўсты камяк ваты і туга бінтуюць (рыс. 8), на павязку кладуць ёмістасць з лёдам (халоднай вадой) і ўмераны груз (мяшочкі з пяском). Канечнасць павінна быць прыўзнятай. Сціснутыя павязкай пашкоджаныя сасуды могуць затрамбавацца, таму гэты спосаб часовага спынення крывацёку павінен быць кароткачасовым.

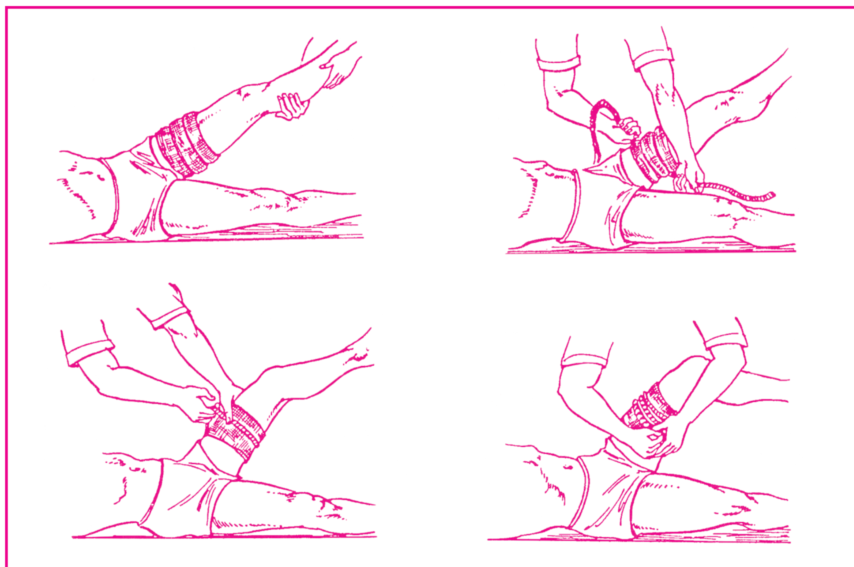


Рыс. 8. Спыненне крывацёку пры дапамозе сціскальнай павязкі

Кроваспыняльны жгут выкарыстоўваюць па строгіх паказаннях, калі іншыя метады неэфектыўныя. Абсалютнае паказанне — траўмы вышэй каленнага і локцевага суставаў з пашкоджаннем магістральных сасудаў. Адносныя паказанні — адрывы, працяглае сцісканне канечнасці, калі жгут выкарыстоўваецца для папярэджання другаснага крывацёку. Яго накладваюць вышэй месца крывацёку і па магчымасці бліжэй да раны (рыс. 9).

Паслядоўнасць і правілы накладання жгута: месца накладання жгута абкручваюць некалькімі слаямі бінта, жгут расцягваюць і робяць 2—3 абароты вакол канечнасці па падкладзеным бінце; канцы жгута замацоўваюць ланцужком і кручком; канечнасць павінна быць перацягнутай да поўнага спынення крывацёку і знікнення пульсу; на жгут павязку накладаць забараняецца; пасля накладання жгута ўводзяць абязбольваючы прэпарат; час, калі быў накладзены жгут, указваецца ў запісцы, якую прымацоўваюць да адзення пацярпелага.

Замест жгута можа выкарыстоўвацца ***закрутка*** з падручных сродкаў (рэмень, ручнік, тоўстая вяроўка). Іх свабод-



Рыс. 9. Тэхніка накладання стандартнага жгута

на завязваюць вакол канечнасці і робяць пятлю. У пятлю ўстаўляюць кусок палкі, адвёртку і інш., закручваюць яе, пакуль не спыніцца крывацёк, выкарыстаны прадмет надзейна фіксуюць. Каб пазбегнуць ушчамлення і траўміравання скуры пры закручванні, пад утвораны вузел заводзяць тоўстую падкладку. Правілы накладання закруткі аналагічныя правілам накладання жгута.

Жгут (закрутку) дазваляецца трымаць на ніжняй канечнасці не больш як 2 г, на верхняй — 1,5 г у летні час, а зімой — 1 г. Парушэнне вызначаных тэрмінаў можа выклікаць неабарачальныя змены і змярцвенне канечнасці. Калі эвакуацыя затрымліваецца, то пасля заканчэння крытычнага тэрміну трэба для частковага ўзнаўлення кровазвароту ў канечнасці жгут (закрутку) зняць або аслабіць на 10—15 мін, затым зноў накласці вышэй ці ніжэй таго месца, дзе ён быў. Артэрыяльны крывацёк на гэты тэрмін папярэджваюць пальцавым прыцісканнем артэрыі на працяжэнні.

Крывацёк у дзяцей у большасці выпадкаў спыняецца пасля накладання сціскальнай павязкі. Жгуты для дзяцей выкарыстоўваюцца больш эластычныя, чым для дарослых. Накладаюць іх у выключных выпадках не больш чым на гадзіну летам і на паўгадзіны зімой, таму што такі прыём часта выклікае пашкоджанне тканак. Неабходна мець на ўвазе і тое, што накладанне жгута дзецям іншы раз прыводзіць да паніжэння адчувальнасці і рухальнай функцыі канечнасцей. Дзецям да трох гадоў накладаюць толькі сціскальную павязку. Поўнае спыненне крывацёку ажыццяўляецца толькі ў лячэбных установах.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое рана?
2. Раскажыце пра класіфікацыю ран.
3. Дайце характарыстыку кожнаму віду ран.
4. Якія ўскладненні могуць назірацца пры раненнях?
5. Што такое пранікальныя і непранікальныя раненні?
6. Раскажыце пра асаблівасці ран груднной клеткі, жывата.

7. У якой паслядоўнасці ажыццяўляюцца прыёмы неадкладнай дапамогі пры раненнях?
8. Назавіце віды крывацёкаў і спосабы іх спынення.
9. Пералічыце правілы накладання жгута і жгута-закруткі дарослым і дзецям.
10. Якія ўскладненні могуць узнікнуць пры няправільным накладанні жгута?

ПРАКТЫЧНЫЯ ЗАНЯТКІ 2

Мэта заняткаў — вывучыць правілы накладання кроваспынняльнага жгута (закруткі) на бядро і плячо.

Аснашчэнне: жгут гумавы стандартны, сродкі для закруткі (шырокая лента з тканіны, падкладка з тоўстай тканіны, драўляны кіёчак), стол.

Накладанне гумавага жгута. Паслядоўнасць выканання:

- выбіраюць месца (умоўнае) накладання: вышэй раны, па магчымасці бліжэй да яе; жгут накладаюць на адзенне або пракладку з матэрыі;
- расцягваюць жгут;
- першы тур жгута накладаюць з моцным нацяжэннем, кожны наступны з мінімальным нацяжэннем; каб не ўшчаміць скуру, туры не перакрыжоўваюць;
- свабодныя канцы жгута завязваюць або замацоўваюць;
- пад апошні тур кладуць запіску з указаннем даты, часу, прозвішча і ініцыялаў асобы, якая выканала накладанне жгута;
- правяраюць правільнасць накладання жгута па спыненні крывацёку, знікненні пульсу, пабяленні канечнасці;
- фіксуюць канечнасці, пацярпелага дастаўляюць у лячэбную ўстанову.

Накладанне закруткі. Паслядоўнасць выканання:

- закрутку накладаюць на пракладку вышэй раны, абводзяць вакол канечнасці адзін раз;
- свабодны канец прасоўваюць праз спражку і зацягваюць яго да канца, спражку замацоўваюць;

- з дапамогай кіёчка закручваюць да той пары, пакуль крывацёк не спыніцца;
- для ўтрымання канца закруткі кіёчак устаўляюць у пятлю з матэрыі.

1.3. ПЕРАВЯЗАЧНЫ МАТЭРЫЯЛ. ПРАВІЛЫ НАКЛАДАННЯ ПАВЯЗАК

Павязкі — першы асноўны прыём дапамогі пры большасці траўматычных пашкоджанняў у мірны і ваенны час. Пры правільным накладанні яны садзейнічаюць больш хуткай папраўцы. Акрамя таго, накладанне павязкі станоўча ўздзейнічае на псіхалагічны стан хворага і тых, хто яго акружае, таму што выклікае ў іх пачуццё палёгкі і заспакаення, зрокава маскіруе ачаг пашкоджання ці захворвання. Неабходна памятаць, што дрэнна накладзеная павязка прыносіць двайную пакуту — ад раны ці паталагічнага працэсу, з аднаго боку, і няўдала аказанай дапамогі — з другога.

Павязка — у вузкім сэнсе гэта перавязачны матэрыял, які выкарыстоўваецца для закрыцця ран.

Павязкі выкарыстоўваюцца:

- пры пашкоджанні мяккіх тканак і касцей, апёках і абмаражэннях;
- для аховы пашкоджанай паверхні скуры, слізістай і падляжачых тканак ад высыхання, другаснага інфіцыравання, механічнага і іншых вонкавых уздзеянняў;
- з мэтай імабілізацыі, затрымання лекавых рэчываў, упітвання выдзяленняў з ран і хуткага іх зажыўлення;
- для часовага і канчатковага спынення крывацёку, фіксацыі суставаў і адламаных касцей пры вывіхах і пераломах, для карэкцыі прыроджаных і набытых дэфармацый канечнасцей.

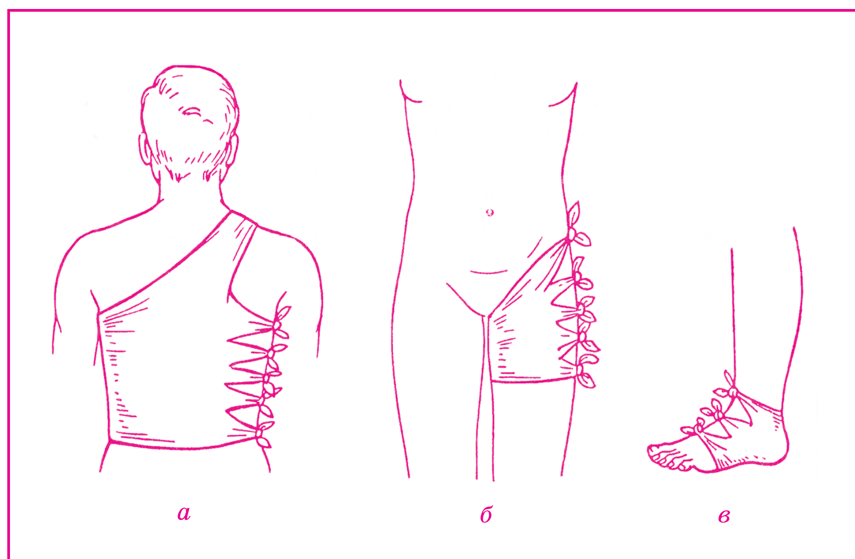
Адрозніваюць наступныя віды павязак:

- па ўласцівасцях выкарыстанага матэрыялу — мяккую; зацвердзяваючую; цвёрдую;

- па прызначэнні — умацавальную (лячэбную); сціскальную; імабілізацыйную (транспартную); лячэбную (гіпсавую); карыгіруючую (калі неабходна надаць пашкоджанаму органу фізіялагічнае становішча);
- па способе замацавання перавязачнага матэрыялу — лейкапластырную; клеявую і хусцінкавую; пращчападобную; Т-падобную; бінтавую;
- па тыпе бінтавання — кругавую, спіральную (змеепадобную); перакрыжаваную крыжападобную (васьміпадобную); коласападобную, чарапахавую; зваротную;
- па характары і мэце імабілізацыі — транспартную імабілізацыйную: мяккую, шынную (з выкарыстаннем стандартных і імправізаваных шын), зацвердзяваючую імабілізацыйную (гіпсавую) шыну.

У якасці перавязачнага матэрыялу выкарыстоўваюць марлю, гіграскапічную вату, баваўняную і трыкатажную тканіну і іншыя матэрыялы, якія добра ўпітваюць з раны кроў і гной, лёгка стэрылізуюцца. З перавязачнага матэрыялу рыхтуюць пакеты перавязачныя медыцынскія, бінты стэрыльныя і нестэрыльныя, сурвэткі, павязкі розных памераў. З лячэбнай мэтай з марлі або сурвэтак для аперацыйных і перавязачных робяць таксама марлевыя шарыкі, тампоны, палоскі і інш. Пры адсутнасці ці недахопе табельных перавязачных сродкаў выкарыстоўваюць падручныя сродкі (просціны, кашулі, кавалкі тканіны і інш.) рознай велічыні, канцы ў якіх надразаюць для атрымання тасёмак (рыс. 10).

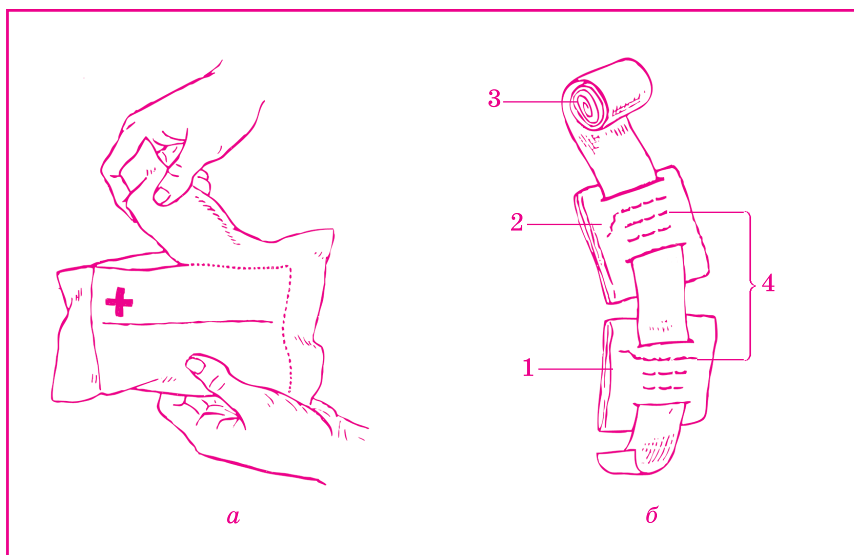
Перавязачным матэрыялам могуць служыць медыцынскія бінты эластычныя і сеткавата-трубчастыя, прызначаныя для фіксацыі павязак на любым участку цела. *Бінты эластычныя* ўяўляюць сабой трубку (рукаў) з сеткаватага трыкатажу, зробленага з эластычнай ніткі. Дзякуючы вялікай расцяжнасці яны шчыльна аблягаюць любую частку цела, нават са складанымі контурамі, не выклікаюць пры гэтым парушэнняў кровазвароту, не абмяжоўваюць рухомасць суставаў, пры падразанні і частковым выразанні не распускаюцца, захоўваюць эластычныя ўласцівасці пасля мыцця і стэрылізацыі.



Рыс. 10. Павязка з падручных сродкаў:
а — на спіну; *б* — на бядро; *в* — на ступню

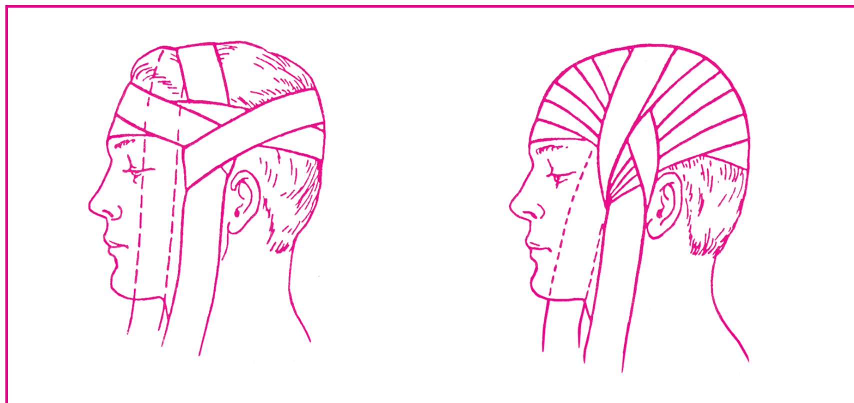
Накладанне павязкі з *сеткавата-трубчастых бінтоў* значна скарачае час, патрэбны для выканання гэтай працэдуры. Методыка накладання такіх бінтоў наступная: унутр бінта прасоўваюць кісці (пальцы) абедзвюх рук, расцягваюць яго і надзяваюць на патрэбны ўчастак. Пасля таго як рукі (пальцы) выцягнулі, бінт шчыльна аблягае цела і надзейна фіксуе перавязачны матэрыял. Сеткавата-трубчастыя бінты бываюць сямі памераў — адпаведна аб'ёму розных частак цела.

Для аказання першай медыцынскай дапамогі шырока выкарыстоўваюць таксама перавязачныя медыцынскія пакеты. *Індывідуальны перавязачны пакет* — гатовая павязка з бінту, вельмі зручная для аказання першай дапамогі (гл. рыс. 11). Пакеты стэрыльныя, іх можна накладваць на рану амаль у любых умовах. Пакет складаецца са скаткі бінта, да свабоднага канца якога прышыта ватна-марлевая падушачка. Паміж скаткай і падушачкай на бінце ёсць другая такая падушачка; яе можна перасоўваць у любы бок.



Рыс. 11. Пакет перавязачны індывідуальны:
а — ускрыванне знешняй абалонкі пакета; *б* — пакет перавязачны ў разгорнутым выглядзе: *1* — нерухомая марлевая падушачка; *2* — рухомая падушачка; *3* — бінт; *4* — каляровыя ніткі

У камплект акрамя перавязачнага матэрыялу ўваходзіць шпілька. Увесь перавязачны матэрыял знаходзіцца ў пергаментнай паперы і прарызіненым мяшочку, які працяглы час забяспечвае яго стэрыльнасць. Пры выкарыстанні пакета неабходна прытрымлівацца асноўнага правіла — не дакранацца да таго боку матэрыялу, які будзе накладзены на рану. Пакет трымаюць у левай руцэ, правай рукой рэзка адрываюць надрэзаны край мяшочка і дастаюць загорнуты ў пергаментную паперу перавязачны матэрыял. Паперу асцярожна разгортваюць, левай рукой бяруць канец бінта з ватна-марлевай падушачкай, адзначаны каляровай ніткай, правай — скатку бінта, руку хутка разводзяць у бакі. Адрэзак бінта з падушачкамі на ім нацягваецца, падушачкі накладваюць на рану і замацоўваюць накручваннем бінта. Пры навылётным раненні адну падушачку накладваюць на ўваходную, другую — на выхадную адтуліны раны. Канцы бінта замацоўваюць шпількай.



Рыс. 12. Павязка на галаву ў выглядзе «чапца»

Правілы накладання павязак. Пры накладанні павязкі хворы павінен знаходзіцца ў найбольш зручным для гэтага становішчы, каб пазбегнуць узмацнення болю. Параненыя часткі цела, асабліва канечнасці, павінны быць ў такім становішчы, у якім яны будуць пасля накладання павязкі. Непрыгоднай з'яўляецца, напрыклад, павязка, накладзеная на локцевы сустаў у разгорнутым становішчы, калі хворы будзе насіць руку на перавязі, ці павязка, накладзеная на сагнуты каленны сустаў, калі хворы будзе хадзіць, і інш. Таму пры накладанні павязкі канечнасці надаюць такое становішча, якое з фізіялагічнага боку найбольш выгаднае і дазваляе хутка ліквідаваць частковую нерухомасць і забяспечыць здавальняючае функцыянаванне канечнасці.

Пры траўмах галавы найбольш часта ўжываюць простую і надзейную *бінтавую павязку-чапец* (рыс. 12). Кавалак вузкага бінта даўжынёй да 1 м накладаюць на цемянную вобласць сярэдняй яго часткай. Канцы бінта наперадзе вушных ракавін апускаюць уніз, іх утрымлівае ў нацягнутым стане сам хворы або памочнік. Пасля накладання павязкі гэты бінт выкарыстоўваюць як замацавальную завязку. Вакол галавы праз лобную і патылічную вобласць накладаюць два кругавыя туры асноўнага бінта. Давёўшы трэці тур да бінта-завязкі, асноўны бінт абводзяць вакол яго, пасля чаго вядуць праз патылічную вобласць да процілеглага канца

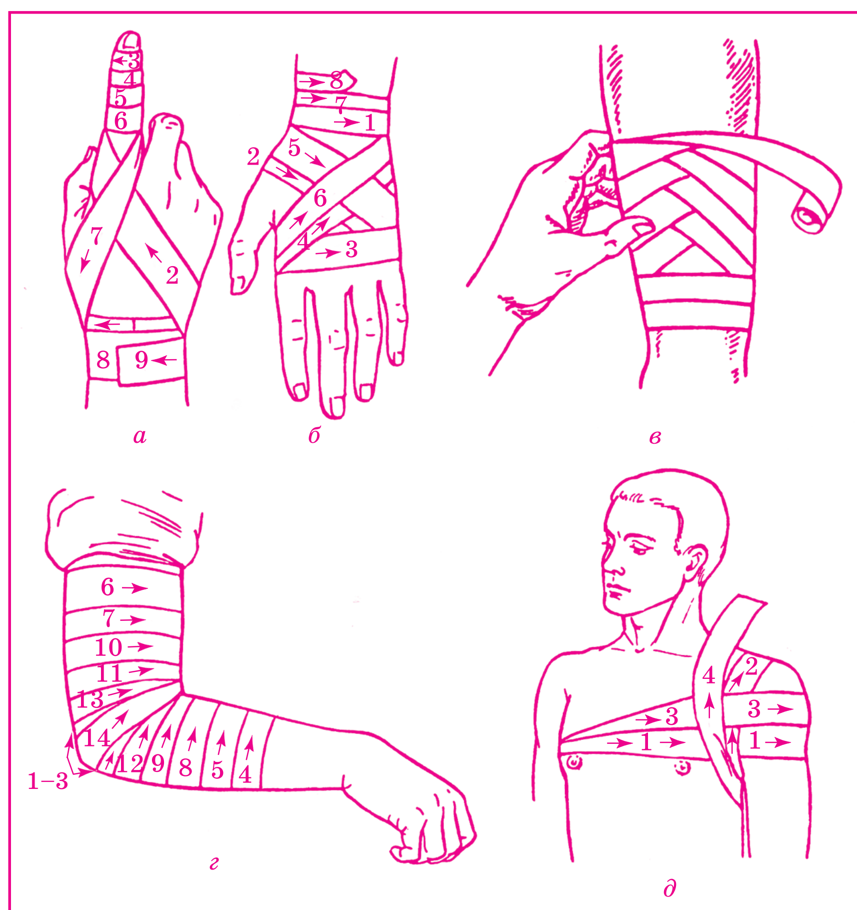
завязкі. Тут бінт зноў абводзяць вакол завязкі і накладаюць на лобна-цемянную вобласць з такім разлікам, каб на 2/3 закрыць кругавы бінт. Перакладаючы бінт штораз праз завязку ў напрамку да цемені, паступова закрываюць увесь звод чэрапа. Канец бінта прывязваюць да адной з завязак, пасля чаго пад падбародкам з некаторым нацяжэннем злучаюць канцы бінта-завязкі.

Павязкі на ніжнюю канечнасць накладаюць пры сагнутых пад невялікім вуглом каленным суставе і пад прамым вуглом ступні.

Павязку на руку накладаюць, сагнуўшы руку пад прамым вуглом у локцевым суставе і некалькі разагнуўшы ў прамянёвазапясцевым. Пальцы кісці фіксуюць у крыху сагнутым становішчы, калі 1-ы палец супрацьпастаўлены ўсім астатнім. Пры накладанні павязкі неабходна сачыць за выразам твару хворага і не прычыняць яму сваімі рухамі новых болевых адчуванняў. Калі павязка непакоіць хворага, трэба аслабіць яе або змяніць напрамак тураў бінта. Бінтаваць варта дзвюма рукамі з папераменным закручваннем скаткі бінта вакол пашкоджанай часткі цела і выпростваннем свабоднай рукой тураў бінта. Падчас накладання павязкі бінт неабходна раскручваць злева направа, галоўка бінта будзе нібы скочвацца з тураў. Кожны наступны тур павінен закрываць 1/2 або 2/3 шырыні папярэдняга. Накладзеная павязка не павінна парушаць кровазварот у канечнасці. Прыметы парушэння — бледнасць скуры ніжэй павязкі і з'яўленне сінюшнасці, пачуццё знямення або пульсуючага болю і інш. Такую павязку неабходна неадкладна выправіць або накласці новую. Завязваць канец бінта або фіксаваць яго шпількай трэба над здаровай часткай цела.

Павязку на адзін палец (рыс. 13, *а*) пачынаюць накладаць хадамі ў вобласці запясця, затым бінт вядуць наперакос праз тыл кісці да кончыка пальца, спіральнымі паваротамі ўвіваюць увесь палец, праз тыл кісці вядуць на запясце і замацоўваюць. *Павязку на кісць* (рыс. 13, *б*) пры

пашкоджаннях далоневай і тыльнай паверхні выконваюць крыжападобна. Накладанне павязкі пачынаюць з фіксуючага ходу на запясце, а далей па тыле кісці на далонь. *Павязку на перадплечча* (рыс. 13, *в*) з прычыны нераўнамернасці яго таўшчыні накладаюць спіральна з перагібамі. Спачатку робяць 2—3 кругавыя хады, затым хады ідуць у касым напрамку (спіральна), толькі часткова, на 2/3 прыкрываючы папярэдні ход. Пры неабходнасці можна рабіць перагібы. *Павязку на локцевы сустаў* (рыс. 13, *г*) пачы-



Рыс. 13. Павязкі на верхнюю канечнасць:
а — на адзін палец; *б* — на кісць; *в* — на перадплечча;
г — на локцевы сустаў; *д* — на плечавы сустаў

наюць 2—3 ходамі бінта праз лакцявую ямку і далей спіральнымі ходамі, папераменна чаргуючы іх на перадплеччы і плячы з перакрыжаваннем у лакцявой ямцы. *Павязку на плечавы сустаў* (рыс. 13, *д*) пачынаюць накладаць ад здаровага боку з падпахавай ямкі па грудзях спераду і вонкавай паверхні пашкоджанага пляча ззаду праз падпахавую ямку на плячо і далей па спіне праз здаровую падпахавую ямку на грудзі. Туры паўтараюць, пакуль не закрыецца ўвесь сустаў. Замацоўваюць канец бінта на грудзях шпількай.

Пытанні для паўтарэння:

1. Што такое павязка?
2. Пералічыце правілы накладання павязак.
3. Дайце характарыстыку бінтавым павязкам.
4. Раскажыце пра індывідуальны перавязачны пакет і правілы карыстання ім.

ПРАКТЫЧНЫЯ ЗАНЯТКІ 3

Мэта заняткаў — вывучыць правілы ўскрывання індывідуальнага перавязачнага пакета; вывучыць правілы накладання першаснай асептычнай павязкі — на галаву «чапцом», на перадплечча, локцевы, галёнкаступнёвы суставы.

Аснашчэнне: індывідуальныя перавязачныя пакеты, стол; перавязачны матэрыял (бінты ўмоўна стэрыльныя).

Паслядоўнасць ускрывання індывідуальнага перавязачнага пакета:

● пакет ускрываюць, трымаючы ў левай руцэ, вымаюць шпільку і прыкладваюць да сваёй вопраткі, не зашпільваючы; чахол пакета кладуць на стол вонкавым бокам;

● разгортваюць падушачкі, не парушаючы стэрыльнасці паверхняў, якія сутыкаюцца з рукой (не прашытых каляровымі ніткамі);

● ускрыванне пакета лічыцца выкананым, калі пакет разгорнуты і канец бінта знаходзіцца ў левай руцэ, а скатка бінта — у правай.

Паслядоўнасць выканання павязкі на галаву «чапец»:

● бінт замацоўваюць вакол галавы некалькімі цыркулярнымі турамі;

● утрымліваючы бінт пальцамі, перагібаюць яго ў вобласці пераносіцы і вядуць удоўж патыліцы;

● падоўжны тур бінта замацоўваюць цыркулярным турам;

● зноў перагібаюць бінт і накіроўваюць яго ўдоўж, закрываючы папярэдні тур на 1/2 або 2/3;

● гэты тур замацоўваюць цыркулярным турам;

● такім чынам чаргуюць падоўжныя і цыркулярныя туры, пакуль галава не будзе пакрыта турамі (гл. рыс. 12).

Паслядоўнасць выканання павязкі на перадплечча:

● праводзяць 2—3 кругавыя туры;

● затым туры ідуць у касым напрамку, на 2/3 прыкрываючы папярэдні ход; з-за нераўнамернасці таўшчыні перадплечча робяць перагібы (гл. рыс. 13).

Паслядоўнасць выканання павязкі на локцевы сустаў:

● замацавальны тур робяць на ніжняй траціне пляча;

● праводзяць бінт з локцевага згіба на перадплечча, прыкрываючы на 2/3 папярэдні;

● бінтуюць да поўнага прыкрыцця локцевага сустава;

● праводзяць апошні тур праз локцевы сустаў і завязваюць бінт у локцевым згібе (гл. рыс. 13).

Паслядоўнасць выканання павязкі на галёнкаступнёвы сустаў:

● замацавальны тур праводзяць вышэй шчыкалаткі;

● наўскос спускаюць бінт праз тыл ступні і выконваюць тур вакол ступні; падымаючы ўверх бінт, перасякаюць па тыльнай паверхні ступні папярэдні тур і абводзяць вышэй шчыкалатак, вакол галёнкаступнёвага сустава;

● паўтараюць туры некалькі разоў.

1.4. ЗАКРЫТЫЯ ПАШКОДЖАННІ

Да закрытых пашкоджанняў тканак і органаў адносяцца пашкоджанні, якія не суправаджаюцца парушэннем цэласнасці скурнага покрыва і бачных слізістых абалонак. Адрозніваюць: закрытыя пашкоджанні мяккіх тканак поласцевых органаў, касцей і суставаў. Ад сілы, з якой прычынена траўма, напрамку і працягласці яе ўздзеяння, плошчы траўміраванага ўчастка цела, стану арганізма і іншых фактараў залежыць цяжкасць пашкоджання. Вызначаюць наступныя асноўныя віды закрытых пашкоджанняў: удар, расцяжэнне, разрыў і вывіх.

Удар — найбольш частае закрытае механічнае пашкоджанне тканак і органаў, выкліканае кароткачасовым уздзеяннем на паверхню цела цвёрдага прадмета без парушэння анатамічнай цэласнасці скуры, тканак, слізістых абалонак і органаў. Такое пашкоджанне звычайна ўзнікае пры ўздзеянні цвёрдага прадмета, які мае значную паверхню і невялікую кінетычную энергію, а таксама пры падзенні цела на цвёрдую паверхню. Для ўдару характэрны нечаканасць, хуткасць і кароткачасовасць уздзеяння траўматычнага фактару. Удары ў большасці выпадкаў носяць мясцовы характар.

Для ўдару характэрны мясцовыя і агульныя сімптомы. Да мясцовых сімптомаў адносяцца: боль рознай сілы і працягласці; прыпухласць у вобласці ўдару; сіняк, кровазліццё, якія ўзніклі ў выніку разрыва крывяносных сасудаў; парушэнне функцыі пашкоджанай часткі цела. Пры моцных і шырокіх закрытых пашкоджаннях узнікаюць і агульныя сімптомы, характэрныя для гэтага віду пашкоджанняў: павышэнне тэмпературы цела, парушэнне сну і апетыту, прыметы малакроўя, часам развіваецца шок. Моцны боль узнікае пры ўдарах надкосніцы, вонкавых палавых органаў, вялікіх нервовых ствалоў і спляценняў.

Першая медыцынская дапамога пры ўдарах — накладанне сціскальнай павязкі, холаду (ёмістасць з лёдам на 40—50 мін, з перапынкам на 10—15 мін), што спрыяе па-

мяншэнню або спыненню кровазліцця, болю і інш. Для паляпшэння адтоку крыві і лімфы пашкоджаную канечнасць крыху прыўздымаюць. Пры ўдарах значных па плошчы тканак можа ўзнікнуць моцны боль, які патрабуе ўвядзення абязбольваючых сродкаў і правядзення імабілізацыі.

З 2—3-га дня праводзяць лячэнне, накіраванае на знікненне кровазліцця. З гэтай мэтай праводзяць цеплавыя працэдуры (сагравальныя паўспіртавыя або масляныя кампрэсы, цёплыя грэлкі, цёплыя водныя ванны з тэмпературай 36,5—37 °С). Пры ўдары з кровазліццём у мышцы і суставы накладаюць кампрэсы з лекавымі рэчывамі, назначаюць фізіятэрапеўтычнае лячэнне. Пры наяўнасці гематомы (крывяной пухліны) паказаны пункцыя і адсмоктванне крыві, увядзенне антыбіётыкаў.

Расцяжэнне — гэта надрыў тканак з захаваннем іх анатамічнай цэласнасці. Пры **разрыве** тканак анатамічная цэласнасць не захоўваецца. Расцяжэнням і разрывам часцей за ўсё падвяргаюцца звязкі сухажылляў і мышцы. Такія траўмы ўзнікаюць пасля рэзкага і хуткага скарачэння тканак і органаў або празмернага іх расцяжэння, напрыклад пры падняцці цяжару, падчас бегу, у выніку ўдару тупым прадметам і інш.

Сімптомы пры расцяжэннях і разрывах тканак тыя ж, што і пры ўдарах, але маюць больш ярка выражаны характар. Першая медыцынская дапамога пры расцяжэннях і разрывах такая ж, як і пры ўдарах.

Лечаць расцяжэнні гэтак жа, як і ўдары, але цеплавыя працэдуры назначаюць праз 3—5 дзён пасля траўмы. Пры разрыве тканак праводзіцца імабілізацыя. Поўны разрыў сухажылляў, мышцаў патрабуе хірургічнага ўмяшання: накладання швоў і гіпсавай павязкі на 2—3 тыдні.

Вывіх — стойкае зрушэнне сустаўных канцоў касцей за межы іх нармальнай рухомасці. Адрозніваюць вывіхі *поўныя* (сустаўныя паверхні не датыкаюцца адна з другой) і *няпоўныя* (сустаўныя паверхні датыкаюцца часткова).

У залежнасці ад паходжання вывіхі дзеляцца на *прыроджаныя* і *набытыя*. Першыя ўзнікаюць ва ўлонні маці

ў выніку няправільнага або недастатковага развіцця суставных паверхняў, набытыя часцей за ўсё з'яўляюцца вынікам траўм. *Траўматычныя* вывіхі складаюць 80—90 % усіх выпадкаў вывіхаў з найбольш частай лакалізацыяй у плечавым і локцевым суставах. Часцей за ўсё яны выклікаюцца знешнім уздзеяннем сілы, радзей — празмерным скарачэннем мышцаў.

Для любых вывіхаў характэрны: боль у суставе, які павялічваецца падчас руху або абмацванні сустава; вымушанае становішча канечнасці, характэрнае для кожнага віду вывіхаў; дэфармацыя ў вобласці сустава; парушэнне функцыі сустава; змяненне даўжыні канечнасці (часцей за ўсё ўкарачэнне). Акрамя таго, можа назірацца прыпухласць і балючасць.

Неадкладная дапамога пры вывіхах уключае:

- забеспячэнне спакою пашкоджанай канечнасці шляхам яе імабілізацыі стандартнымі шынамі, фіксавальнай павязкай або падручнымі сродкамі;
- увядзенне абязбольваючых сродкаў;
- прыкладанне холаду на вобласць сустава для памяншэння крывацёку, ацёку, болю;
- накладанне першаснай асептычнай павязкі на рану пры адкрытых траўматычных вывіхах;
- тэрміновую транспарціроўку хворага ў лячэбную ўстанову для ўпраўлення вывіху.

Лячэнне накіравана на аднаўленне нармальнага становішча касцей у суставе, захаванне іх у гэтым становішчы і максімальна поўнае аднаўленне функцыі пашкоджанага сустава.

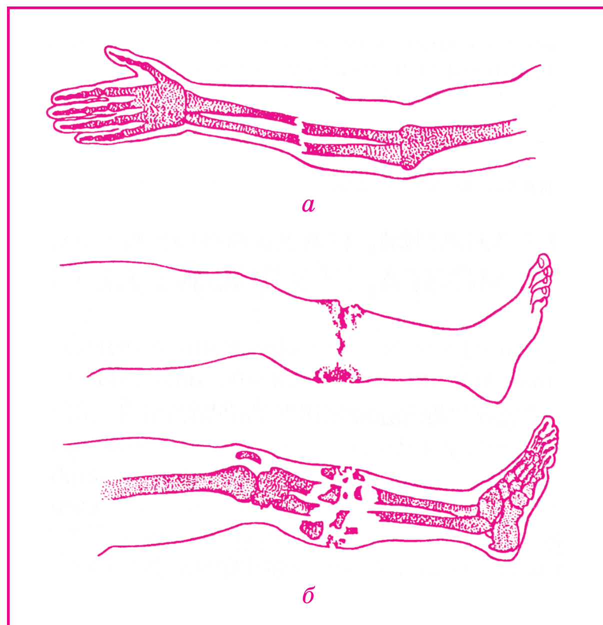
Пытанні для паўтарэння

1. Пералічыце закрытыя пашкоджанні мяккіх тканак.
2. Дайце характарыстыку кожнаму віду закрытых пашкоджанняў мяккіх тканак.
3. Раскажыце пра неадкладную дапамогу пры ўдарах, расцяжэннях, вывіхах.

1.5. ПЕРАЛОМЫ

Перялом — поўнае або частковае парушэнне цэласнасці косці пад уздзеяннем механічнай сілы або хваробы.

У залежнасці ад паходжання адрозніваюць пераломы прыроджаныя і набытыя. *Прыроджаныя* пераломы часцей за ўсё ўзнікаюць у выніку захворванняў касцей шкілета плода. *Набытыя* пераломы бываюць траўматычныя, пры якіх пашкоджваецца здаровая косць, і паталагічныя, калі косць пашкоджана хваробай (туберкулёз, астэапароз і інш.). Акрамя таго, сярод гэтых груп адрозніваюць адкрытыя і закрытыя пераломы (рыс. 14). *Адкрытым* называюць пералом, калі пад уздзеяннем вострага абломка косці парушаецца цэласнасць скуры. Пры *закрытым* пераломе скурныя покрывы і слізістыя абалонкі не пашкоджваюцца. Клінічнымі прыметамі пераломаў з'яўляюцца дэфармацыя косці, паталагічная рухомасць, укарачэнне канечнасці, крэпітацыя (хруст абломкаў касцей), боль на месцы пералому, ненармальнае становішча канечнасці, пухліна, ацёк і кровазліццё і інш.



Рыс. 14. Віды пераломаў:
а — закрыты пералом касцей перадплечча;
б — адкрыты пералом касцей галёнкі

Пашкоджанні чэрапа і галаўнога мозга ўзнікаюць у выніку механічнага ўздзеяння на іх. Чэрапна-мазгавыя траўмы дзеляцца на адкрытыя і закрытыя. *Закрытымі* траўмамі галавы і чэрапа называюць пашкоджанні, пры якіх не парушана цэласнасць мяккіх тканак чэрапа або ёсць іх пашкоджанне без парушэнняў цэласнасці надчарапной злучальна-тканнай абалонкі (апанеўрозу). *Адкрытымі* чэрапна-мазгавымі траўмамі з'яўляюцца пашкоджанні мяккіх тканак галавы з пераломамі касцей чэрапа і парушэннем цэласнасці апанеўрозу.

Да закрытых траўм галаўнога мозга адносяцца страсенне, удар і сціскание. ***Страсенне галаўнога мозга*** — гэта функцыянальныя парушэнні клетак галаўнога мозга без іх анатамічнага пашкоджання. Яно ўзнікае пры хуткім сілавым уздзеянні (напрыклад, ударнай паветранай або вадзяной хваляй), пры ўдары па галаве тупым цвёрдым прадметам, падзенні прадметаў з вышыні на галаву. Пры механічным уздзеянні на галаўны мозг у ім адбываюцца змяненні, якія прыводзяць да парушэнняў перадачы нервовых імпульсаў. Страсенне галаўнога мозга звычайна праяўляецца стратай прытомнасці рознай працягласці, ад некалькіх імгненняў да некалькіх мінут. Адзначаюцца галаўны боль, млоснасць, часам ірвота, пацярпелы часта не памятае абставін, якія папярэднічалі траўме, і самога моманту яе нанясення (рэтраградная амнезія). Характэрны збяленне або пачырваненне твару, часты пульс, агульная слабасць, павышаная патлівасць. Усе гэтыя сімптомы паступовa знікаюць на працягу 7—10 дзён. Аднак магчымы і цяжэйшыя формы страсення галаўнога мозга, якія праходзяць з адпаведнымі клінічнымі прыметамі і метадамі лячэння.

Удар галаўнога мозга — цяжкая форма пашкоджання мазгавога рэчыва на абмежаваным участку. Пры ўдары мозга назіраюцца сімптомы страсення мазгавога рэчыва, ачаговыя неўралагічныя сімптомы: парушэнне рухальнай функцыі чалавека, адчувальнасці частак цела, мімікі, маўлення і слыху.

Пры цяжкай форме страсення і ўдары галаўнога мозга першая дапамога заключаецца ў своечасовай і асцярожнай

эвакуацыі пацярпелых на насілках з паваротам галавы ў бок у найбліжэйшую лячэбную ўстанову. Добра палажыць халодны кампрэс або лёд на галаву.

Сціскане галаўнога мозга сустракаецца ў 90 % пацярпелых на фоне ўдару. У першай фазе сціскання прытомнасць захоўваецца, могуць назірацца лёгкі галаўны боль, нязначная млоснасць. Апошнім фазам адпавядаюць агульныя і ачаговыя неўралагічныя сімптомы: страта прытомнасці, галаўны боль, млоснасць, ірвота, затарможанасць нервовай сістэмы і інш.

Закрытыя пераломы касцей зводу і асновы чэрапа ўзнікаюць пры ўдары па галаве тупым цвёрдым прадметам або пры падзенні з вышыні на галаву. Для пералому касцей асновы чэрапа характэрны: сіняк вакол вока (сімптом «акуляраў»), а таксама выдзяленне крыві, мазгавой вадкасці з носа, вушных праходаў. Магчымы пашкоджанні чэрапна-мазгавых нерваў.

Пашкоджанне пазваночніка адносіцца да цяжкіх траўм апорна-рухальнага апарата. Пераломы пазваночніка ўзнікаюць у выніку непрамой траўмы (пры падзенні з вышыні на ногі, ягадзіцы, галаву) і прамой траўмы (удар у вобласць пазваночніка). Пераломы могуць быць закрытыя і адкрытыя, адзіночныя і множныя, пранікальныя і непранікальныя, агнястрэльныя і неагнястрэльныя. У залежнасці ад узроўню пашкоджання адрозніваюць траўмы шыйнага, груднога, паяснічна-крыжавога аддзелаў спіннога мозга і хвастца ў ніжнім аддзеле пазваночніка. Сярод закрытых траўм спіннога мозга адрозніваюць страсенне, удар і сціскане.

Для ***страсення спіннога мозга*** характэрны наступныя сімптомы: пры лёгкай ступені ў пацярпелых назіраюцца слабасць, паніжаецца адчувальнасць ніжніх канечнасцей, магчымы парушэнні мочаспускання і дэфекацыі. Пры больш цяжкіх пашкоджаннях страчваецца адчувальнасць ніжэй месца траўмы, затрымліваюцца мочаспусканне і дэфекацыя.

Пры ***ўдарах спіннога мозга*** магчыма ўзнікненне кровазліцця ў мазгавое рэчыва, парушэнне анатамічнай цэлас-

насці, што суправаджаецца адпаведнай неўралагічнай сімптаматыкай (паралічы, страта адчувальнасці ніжэй месца траўмы, затрымка мочаспускання і дэфекацыі).

Сціскание спіннога мозга можа быць утворана касцявымі абломкамі пазванкоў, ацёкам, гематомай і спалучэннем гэтых прычын. У пацярпелых назіраюцца паралічы, парушэнне адчувальнасці ніжэй месца траўмы, расстройствы мочаспускання і дэфекацыі.

Пры ***поўных разрывах спіннога мозга*** назіраецца адсутнасць рухаў і адчувальнасці ніжэй месца траўмы, парушэнне функцый унутраных органаў, адсутнасць рэфлексаў. Чым вышэй знаходзіцца месца траўмы пазваночніка і спіннога мозга, тым цяжэйшы стан пацярпелага. Пры пераломе ў верхнім шыйным аддзеле пазваночніка смяротнасць складае каля 85 %, у верхнім грудным — 76 %, а ў ніжнім грудным і паяснічным аддзелах — 50 %.

Ад правільна аказанай першай дапамогі пры пашкоджаннях пазваночніка ў далейшым залежыць здароўе чалавека. Пры пераломах пазваночніка нават невялікія зрушэнні пазванкоў могуць выклікаць разрыў спіннога мозга, таму пацярпелага з падазрэннем на перелом катэгарычна забараняецца саджаць, ставіць на ногі.

У выпадках пашкоджання мяккіх тканак ў вобласці пазваночніка пацярпеламу варта правесці накладанне сціскальнай павязкі, а пры раненнях — першаснай асептычнай павязкі. Пацярпеламу неабходна стварыць спакой, палажыўшы яго на роўную цвёрдую паверхню (драўляны шчыт, дошкі, высоўнае задняе сядзенне аўтамабіля і інш.). Гэтыя ж прадметы выкарыстоўваюць для транспартнай імабілізацыі. Пры адсутнасці дошкі пацярпелага ў непрытомным стане транспарціруюць на насілках у становішчы лежачы на жываце.

У выпадку пералому шыйнага аддзела пазваночніка неабходна транспарціроўка на спіне з імабілізацыяй галавы, як пры пашкоджаннях чэрапа. Ва ўсіх выпадках пашкоджанняў транспарціроўку здзяйсняюць асабліва асцярожна, пастаянна ўтрымліваючы тулава пацярпелага на адным узроўні, не дапускаючы ніякага згібання пазваночніка.

Траўмы грудной клеткі ў мірны час сустракаюцца асабліва часта пры дарожна-транспартных здарэннях, аварыйных сітуацыях на шахтах, будаўніцтве, пры падзенні з вышыні і інш. Пашкоджанні грудной клеткі бываюць закрытыя і адкрытыя, пранікальныя і непранікальныя. Закрытыя траўмы ў сваю чаргу дзеляцца на: 1) закрытыя пашкоджанні мяккіх тканак (удар, страсенне, сціcканне); 2) закрытыя пашкоджанні мяккіх тканак і касцей грудной клеткі (грудзіны, рэбраў, ключыцы, лапаткі); 3) закрытыя пашкоджанні ўнутраных органаў.

Удар і страсенне грудной клеткі ўзнікаюць пры ўздзеянні ўдарнай хвалі падчас моцнага выбуху, удары тупым прадметам, пры аўтамабільных катастрофах, падзенні з вышыні і інш. Значных знешніх пашкоджанняў пры гэтым можа і не назірацца, а стан пацярпелага можа быць цяжкім. Першая медыцынская дапамога ў гэтым выпадку заключаецца ў штучнай вентыляцыі лёгкіх, непрамым масажы сэрца і дастаўцы хворага ў лячэбную ўстанову.

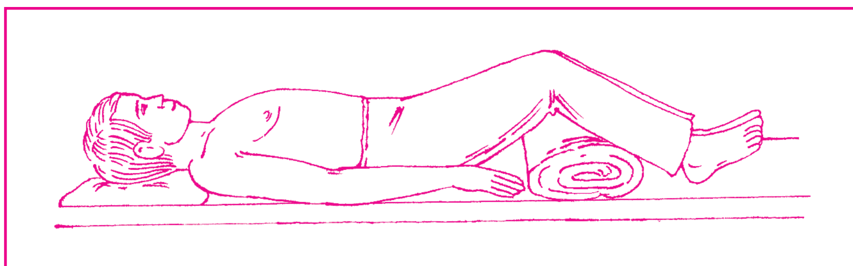
Пераломы грудзіны часцей сустракаюцца пры ўдары аб рулявое кола ў аўтамабільных аварыях і суправаджаюцца болем ў грудной клетцы, прыпухласцю, сіняком у вобласці перелома і касцявым хрустам.

Магчымы расстройствы дыхання і сардэчнай дзейнасці.

Пераломы рэбраў узнікаюць пры моцных прамых ударах у грудзі, падзенні з вышыні, сціcканні і інш. Для пералому рэбраў уласцівы рэзкі боль у вобласці перелома, які ўзмацняецца пры дыханні, кашлі і змяненні становішча цела. Множны перелом заўсёды небяспечны з-за ўзнікнення нарастаючай дыхальнай недастатковасці. Першая дапамога заключаецца ў імабілізацыі рэбраў — накладанні тугой цыркулярнай павязкі на грудную клетку з дапамогай бінта, ручніка, прасціны або кавалка тканіны.

Перелом ключыцы характарызуецца болем у вобласці траўмы, парушэннем функцыі рукі на баку пашкоджання, прамацваннем краю абломкаў. Першая дапамога заснавана на фіксацыі рукі з дапамогай хусцінкавай павязкі і інш.

Перелом касцей таза — адна з найбольш цяжкіх касцявых траўм, часта суправаджаецца пашкоджаннем унутра-



Рыс. 15. Транспарціроўка пры пераломе касцей таза

ных органаў і цяжкім шокам. Узнікае пры сцісканнях, прамых моцных ударах, падзенні з вышыні. Асноўным сімптомам траўмы з'яўляецца рэзкі боль у вобласці таза пры змене становішча таза і рухах канечнасцямі. Пры аказанні першай дапамогі неабходна надаць пацярпеламу становішча, пры якім радзей узнікае або ўзмацняецца боль. Хворага варта палажыць на роўную цвёрдую паверхню, ногі сагнуць у каленных і тазасцегнавых суставах, бёдры крыху развесці ў бакі (становішча жабы), пад калені пакласці тугі валік з падушкі (коўдры, курткі і інш.) вышынёй 25—30 см. Транспарціроўку ажыццяўляюць на насілках, шчыце, высоўным заднім сядзенні аўтамабіля (рыс. 15) у апісаным вышэй становішчы.

Асаблівасці пераломаў у дзяцей і дарослых. Косць утрымлівае каля 50 % вады, 28 % арганічных і 22 % неарганічных рэчываў. Акрамя таго, у косці ўтрымліваюцца таксама ў рознай колькасці натрый, магній, калій, хлор і іншыя мікраэлементы. Перавага ў касцях у дзяцей арганічных рэчываў надае ім пругкасць і эластычнасць, што вызначае характар пералому (па тыпе зялёнай галінкі) і спрыяе хуткаму зрашчэнню. Змена суадносін у бок неарганічных рэчываў вядзе да развіцця ломкасці касцей (у пажылых), больш частых пераломаў і запаволенага аднаўлення касцявой тканкі.

Траўматычны шок пры пераломах узнікае пры моцных болевых раздражненнях ў выніку нанясення траўмы.

Па часе развіцця адрозніваюць першасны шок, які ўзнікае адразу або праз 1—2 г пасля траўмы, і другасны шок,

якi з’яўляецца праз 4—24 г і пазней пасля траўмы. Апошні развіваецца ў выніку атрымання другаснай траўмы, другаснага крывацёку, пераахаладжэння, атручэння арганізма прадуктамі распаду змярцвелых тканак, мікробнымі таксінамі і інш.

У клінічным працяканні першаснага шоку вылучаюць дзве фазы: фазу ўзбуджэння і фазу тармажэння. Для першай фазы шоку характэрны рухальная ўзрушанасць хворага, бледнасць твару, неспакойны позірк, блытанасць думак. У фазе тармажэння пры захаванні прытомнасці адзначаюцца прыгнечаны стан, поўная абыякавасць да ўсяго, што акружае, адсутнасць або рэзкае паніжэнне рэакцыі на боль, завостранасць рыс твару, ліпкі пот на скуры і інш.

Траўматычны таксікоз — адзін з найбольш цяжкіх вынікаў траўм, якія ўзнікаюць пры розных катастрофах, стыхійных здарэннях, разбурэннях будынкаў і інш. Развіццё траўматычнага таксікозу абумоўлена парушэннем кровазвароту ў сціснутых частках цела; сцісканнем і траўматызацыяй нервовых стваловў; разбурэннем тканак. Важным фактарам з’яўляецца інтаксікацыя за кошт таксічных рэчываў, якія пачынаюць паступаць у кроў. Асаблівае значэнне мае мышачны пігмент — міяглабін, які пашкоджвае тканку нырак і выклікае развіццё вострай ырачнай недастатковасці, якая суправаджаецца паніжаным выдзяленнем мачы, млоснасцю, ірвотай, слабасцю, затарможанасцю.

Неадкладная дапамога пры траўматычным таксікозе ўключае накладанне тугой павязкі на канечнасць або жгута вышэй месца траўміравання, абязбольванне і хуткую дастаўку пацярпелага ў лячэбную ўстанову.

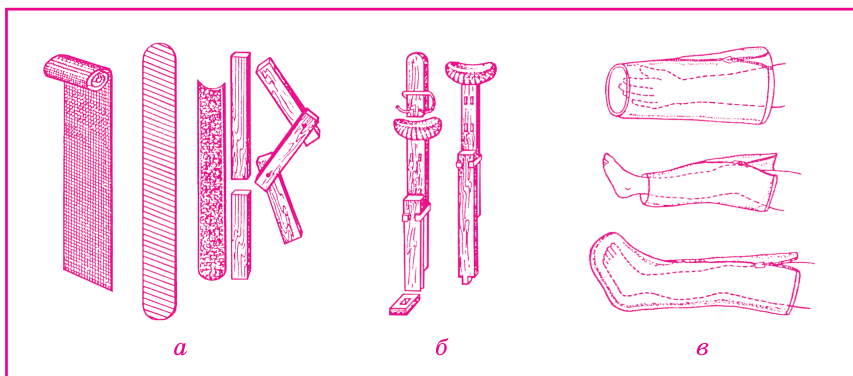
Пытанні для паўтарэння

1. Што такое перелом? Якія бываюць пераломы?
2. Раскажыце пра траўмы галавы, пазваночніка, грудной клеткі, касцей таза і неадкладную дапамогу пры іх.
3. У чым асаблівасці пераломаў у дзяцей і дарослых?

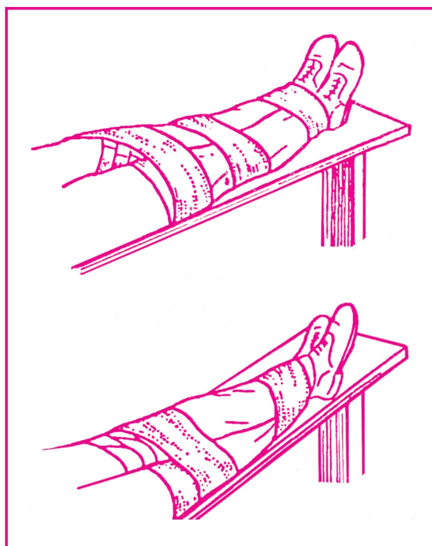
1.6. НЕАДКЛАДНАЯ ДАПАМОГА ПРЫ ПЕРАЛОМАХ

Першая медыцынская дапамога пры пераломах аказваецца самім пацярпелым або сведкамі здарэння. У першую чаргу неабходна прадухіліць зрушэнне абломкаў касцей, каб пазбегнуць далейшага траўміравання імі прылеглых тканак, а таксама па магчымасці папярэдзіць посттраўматычныя ўскладненні. Даўрачэбная дапамога пры адкрытых пераломах і крывацёку з раны прадугледжвае: спыненне крывацёку шляхам накладання сціскальнай павязкі або жгута; накладанне першаснай асептычнай павязкі на рану і абязбольванне; імабілізацыю канечнасцей; вынас або вываз пацярпелага ў лячэбную ўстанову.

Сродкі імабілізацыі. Для забеспячэння нерухомасці пашкоджанай канечнасці або іншай часткі цела выкарыстоўваюць стандартныя, нестандартныя, імправізаваныя шыны. Стандартныя шыны бываюць сеткаватыя, лесвічныя (шыны Крамера), фанерныя, драўляныя (шыны Дзітэрыхса), пластмасавыя, пнеўматычныя (рыс. 16). Яны выкарыстоўваюцца пры пераломах касцей, значных пашкоджаннях мяккіх тканак, вялікіх крывяносных сасудаў, нерваў, пры значных апёках канечнасці, вывіхах. Пры адсутнасці стандартных шын для імабілізацыі можна выкарыстаць розны матэрыял (драўляныя рэйкі, бруські, тоўсты кардон, галінкі),



Рыс. 16. Сродкі імабілізацыі:
а — стандартныя шыны; *б* — шына Дзітэрыхса; *в* — пнеўматычныя шыны



Рыс. 17. Стварэнне нерухомасці зламанай канечнасці метадам «нага да нагі»

менш прыдатныя ў гэтым сэнсе прылады працы і прадметы ўжытку (палкі, лыжы, лапаты). Калі няма ніякіх падручных сродкаў, самую прымітыўную імабілізацыю можна ажыццявіць, прыбінтаваўшы пашкоджаную верхнюю канечнасць да тулава, а пашкоджаную ніжнюю канечнасць — да непашкоджанай (рыс. 17).

Правілы імабілізацыі. Пры правядзенні імабілізацыі фіксацыйнымі шынамі варта кіравацца наступнымі правіламі:

- шына павінна быць зручнай для пацярпелага і не выклікаць у яго боль;
- імабілізацыя павінна быць праведзена як мага раней;
- пры наяўнасці раны яе варта закрыць асептычнай павязкай перад накладаннем шыны;
- кровапыняльны жгут накладваецца да правядзення імабілізацыі;
- перад імабілізацыяй папярэдне мадэлююць шыну пад памер і форму пашкоджанай канечнасці;
- шына не павінна моцна ціснуць на мяккія тканкі, сасуды, нервы, асабліва на касцявыя выступы;
- пры пераломах доўгіх трубчастых касцей абавязкова фіксацыя 2—3 сумежных суставаў;

Рыс. 18. Імабілізацыя пры пераломах касцей кісці

- канечнасць неабходна імабілізаваць у сярэднім фізіялагічным становішчы;
- транспартную шыну прымацоўваюць да канечнасці бінтам, не парушаючы кровазвароту;
- перад накладаннем шыны пацярпеламу ўводзяць абязбольваючыя сродкі.

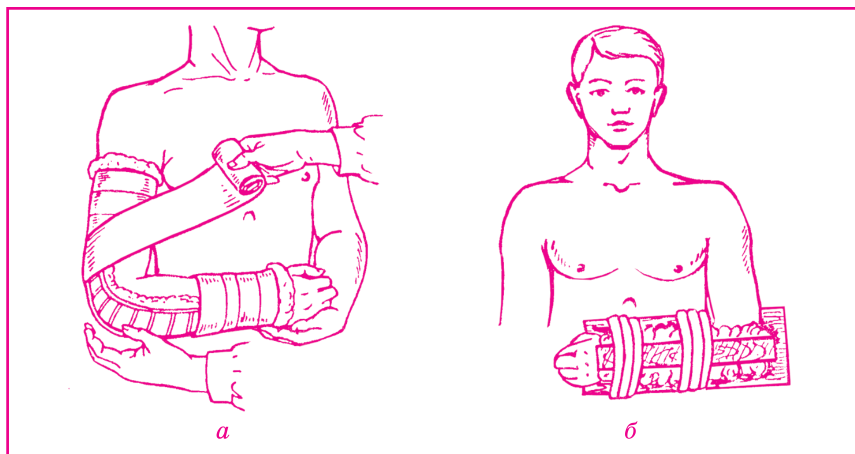
Накладанне шын пры пераломах касцей верхніх канечнасцей. Пры пераломах касцей *кісці* і *пальцаў* імабілізацыю можна правесці сеткаватай або драўлянай шынай, іншым падручным матэрыялам. Шыну накладваюць на тыльную паверхню рукі ад канцоў пальцаў да верхняй трэці перадплечча. Далонь крыху згібаюць, кладуць у яе ватна-марлевы валік, затым прымацоўваюць шыну бінтом (рыс. 18).

Пры пашкоджанні касцей *перадплечча* верхні канец шыны кладуць на ўзроўні сярэдняй трэці пляча, а ніжні — на ўзроўні канцоў пальцаў, далоневая паверхня кісці павернута ад тулава або ўверх (рыс. 19).

Пры пераломах *ключыцы* для імабілізацыі можна выкарыстаць палку, якую размяшчаюць гарызантальна на ўзроўні ніжніх вуглоў лапатак, а таксама ватна-марлевыя кольцы і павязку *Дэзо* (рыс. 20).

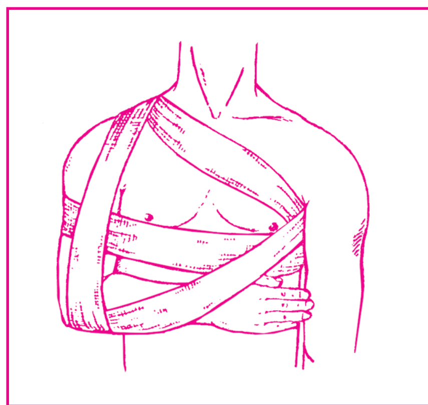
Пры пераломах *пляча* шыну кладуць ад унутранага краю лапаткі здаровага боку, праз плечавы сустаў, уздоўж вонкавай паверхні плечавай косці, згібаючы руку ў локцевым суставе пад прамым вуглом, падводзяць яе да тулава і заканчваюць, крыху перакрываючы канцы пальцаў. Шыну ўмацоўваюць бінтом (рыс. 21).

Накладанне шын пры пераломах касцей ніжніх канечнасцей. Пры пашкоджанні *ступні і галёнкі* імабілізацыю

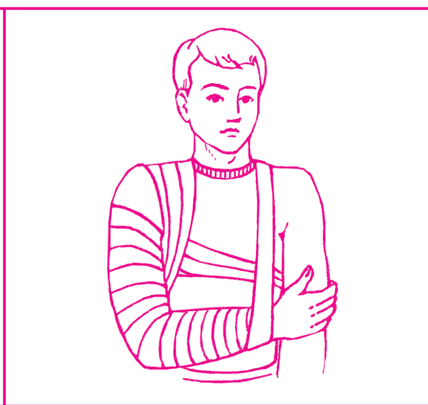


Рыс. 19. Імабілізацыя пры пераломах касцей перадплечча: *а* — лесвічнай шынай; *б* — падручнымі сродкамі

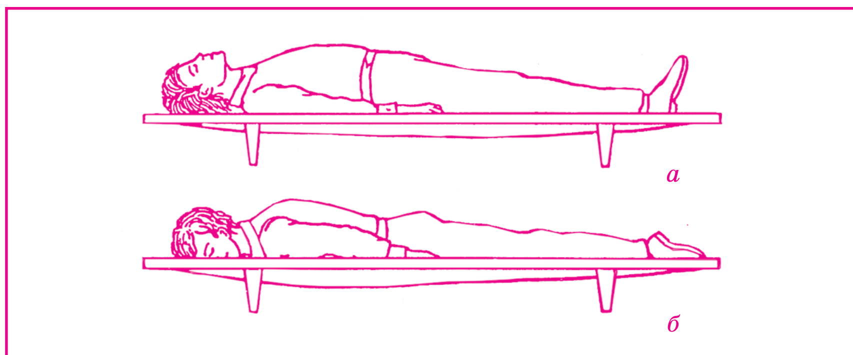
праводзяць шынамі Крамера. Ступню і галёнку фіксуюць з трох бакоў: адну шыну накладваюць на заднюю паверхню галёнкі і ступні ад кончыкаў пальцаў да сярэдняй трэці бядра, дзве іншыя фіксуюць па баках галёнкі (унутраным і вонкавым), прычым падэшвенную іх частку згібаюць у выглядзе стрэмені для больш моцнай фіксацыі галёнкаступнёвага сустава. Ступню ўстанаўліваюць пад вуглом 90° адносна галёнкі. Шыны ўмацоўваюць бінтамі або хусткамі.



Рыс. 20. Павязка Дэзо



Рыс. 21. Імабілізацыя пералому пляча лесвічнай шынай

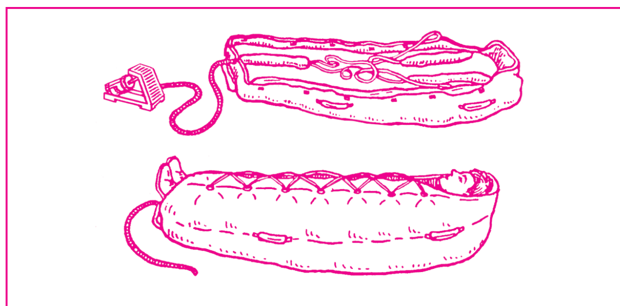


Рыс. 22. Транспартная імабілізацыя пры пашкоджанні пазваночніка: *а* — на спіне; *б* — на жываце

Пры пераломе *сцегнавой косці*, пашкоджаннях *тазасцегнавога* і *каленнага суставаў* ужываюць шыны Дзітэрыхса або імправізаваныя шыны. Перад накладаннем шыны месца касцявых выступаў пакрываюць ватай, марляй або іншым мяккім матэрыялам. Падэшвенную частку шыны фіксуюць бінтам да падэшвы ступні (абутку). Вонкавую планку пашыраюць і замацоўваюць з такім разлікам, каб яна пачыналася ад падпахавай упадзіны і, устаноўленая ў металічную скабу падэшвеннай часткі, выступала за яе на 10—12 см. Канцавую (шарнірную) яе частку згібаюць пад вуглом 90° і адзяваюць на канец вонкавай планкі. На канечнасці шыну фіксуюць цыркулярнымі хадамі бінта, а зверху вонкавую і ўнутраную часткі шыны фіксуюць двума рамянямі, пасля чаго пры дапамозе кіёчка-закруткі робяць выцягванне за падэшвенную частку шыны.

Пры пераломах *пазваночніка* хворага кладуць на цвёрдыя насілкі, дошкі. Калі яго пераносяць на мяккіх насілках, то пад жывот і грудзі пацярпеламу падкладваюць мяккі валік з адзення або коўдры, для таго каб пазваночны слуп знаходзіўся ў разагнутым стане (рыс. 22).

Пацярпелага з пераломамі *касцей таза* кладуць на цвёрдую паверхню (дошкі, насілкі), а пад каленныя суставы падкладваюць скатанае ў валік адзенне. Ногі пры гэтым неабходна сагнуць у каленных і тазасцегнавых суставах, што стварае ўмовы для расслаблення мышцаў і памяншэння болю.



Рыс. 23. Вакуум-насілкі для транспартнай імабілізацыі

Для транспартнай імабілізацыі пазваночніка і таза выкарыстоўваюцца вакуумныя насілкі, напоўненыя пластмасавымі шарыкамі (рыс. 23). Пасля выпампоўвання паветра такія насілкі становяцца цвёрдымі, добра мадэлююць форму цела пры любым становішчы пацярпелага і доўгі час яе захоўваюць. Таксама пры транспартнай імабілізацыі шырока прымяняюцца гіпсавыя і пластмасавыя павязкі для фіксацыі абломкаў касцей, лячэння розных захворванняў канечнасцей, пазваночніка.

Пытанні для паўтарэння

1. Пералічыце асноўныя правілы імабілізацыі.
2. Якія існуюць сродкі імабілізацыі пры пераломах.
3. Апішыце вашы дзеянні пры пераломах касцей верхніх канечнасцей; касцей ніжніх канечнасцей.

ПРАКТЫЧНЫЯ ЗАНЯТКІ 4

Мэта заняткаў — вывучыць правілы імабілізацыі пры пашкоджаннях (пераломах) верхніх і ніжніх канечнасцей.

Аснашчэнне: бінты, хусцінкі, ватна-марлевыя валікі, шыны Крамера і Дзітэрыхса, падручныя сродкі.

Паслядоўнасць выканання імабілізацыі пры пераломе пляча:

● канечнасці надаюць сярэднефізіялагічнае становішча: згібаюць у локцевым суставе пад вуглом 70—90°, прыводзяць да тулава, кісць паўсагнута;

- кладуць ватна-марлевыя валікі ў падпахвінную ўпадзіну і пад кісць;
- фіксуюць бінтом шыну ад пляча да сярэдзіны кісці;
- для больш надзейнай імабілізацыі імкнуцца абезруховіць тры суставы: плечавы, локцевы і прамянёвазапясцевы (гл. рыс. 19, 21).

Паслядоўнасць выканання імабілізацыі пры пераломе касцей перадплечча:

- канечнасці надаюць сярэднефізіялагічнае становішча: згібаюць у локцевым суставе пад вуглом 70—90°, прыводзяць да тулава, кісць паўсагнута;
- адмадэляваўшы шыну, падкладваюць пад кісць ватна-марлевы валік і прыбінтоўваюць шыну ў месцы перапому, пакінуўшы фалангі пальцаў адкрытымі, пры гэтым неабходна абезрухвіць локцевы і прамянёвазапясцевы суставы.

Паслядоўнасць выканання імабілізацыі пры пераломе бядра:

- перад накладаннем шыны месца касцявых выступаў пакрываюць ватай, марляй або іншым мяккім матэрыялам. Падэшвенную частку шыны фіксуюць бінтом да падэшвы ступні (абутку). Вонкавую планку пашыраюць і замацоўваюць так, каб яна пачыналася ад падпахвіннай упадзіны і заканчвалася на ўзроўні ступні, і фіксуюць цыркулярнымі хадамі бінту;
- пры аўтаімабілізацыі яе фіксуюць да здаровай ніжняй канечнасці;
- для забеспячэння надзейнай імабілізацыі пры пераломе бядра неабходна абезрухвіць тазасцегнавы, каленны і галёнкаступнёвы суставы.

Паслядоўнасць выканання імабілізацыі пры пераломе галёнкі:

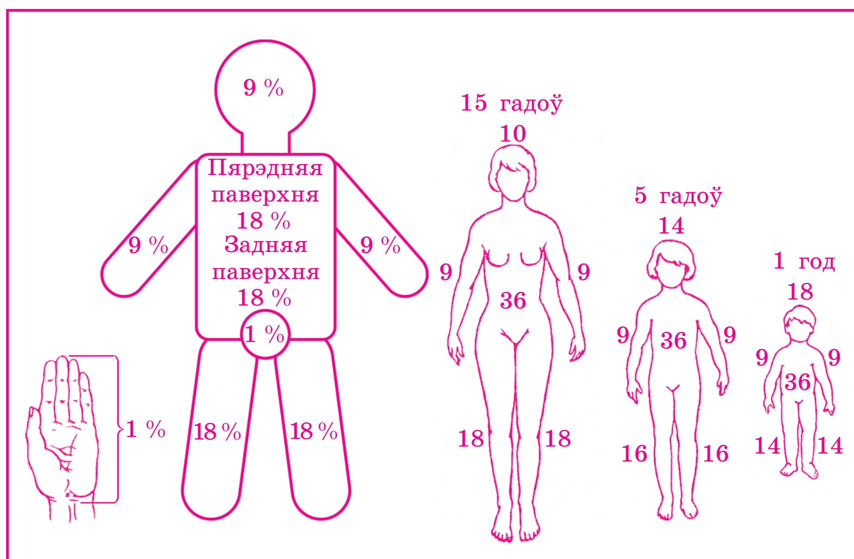
- выкарыстоўваюць адмадэляваную шыну Крамера або падручны матэрыял (лепш тры шыны, адну з якіх укладваюць на заднюю паверхню галёнкі ад сярэдняй трэці бядра да пятачнай косці);
- другую і трэцюю шыны ўкладваюць па вонкавай і ўнутранай паверхні галёнкі, усе тры шыны замацоўваюць з дапамогай бінту;
- для забеспячэння ўстойлівай імабілізацыі варта абезрухвіць каленны і галёнкаступнёвы суставы.

1.7. АПЁКІ І АБМАРАЖЭННІ

Апёк — пашкоджанне тканкі, якое ўзнікае ў выніку мясцовага тэрмічнага, хімічнага або іншага энергетычнага ўздзеяння. У залежнасці ад прычыны ўзнікнення апёкі падзяляюцца на тэрмічныя, светлавыя, электрычныя, хімічныя і прамянёвыя, а ад абставін, дзе адбыўся апёк, — на вытворчыя, бытавыя, ваеннага часу. Найбольш тыповым відам прамянёвых апёкаў з'яўляюцца сонечныя.

Тэрмічныя апёкі ўзнікаюць пад уздзеяннем на тканку агню, розных гарачых рэчываў (пару, вады і да т. п.), электрычнага току і інш. Ступень пашкоджання тканкі пры апёку залежыць ад тэмпературы і часу ўздзеяння шкодных фактараў. Тэрмічныя апёкі суправаджаюцца мясцовымі змяненнямі тканкі, пры вялікіх пашкоджаннях у хворых назіраюцца агульныя расстройствы. Пад уздзеяннем вадкасцей і газаў высокай тэмпературы адбываецца згусанне бялкоў тканак, пашкоджваюцца крывяносныя сасуды і нервовыя канчаткі. Адрозніваюць першасныя і другасныя апёкі. Першасныя апёкі ўзнікаюць пры непасрэдным уздзеянні тэрмічнага фактару, а другасныя — пры гарэнні вопраткі і інш. Тэрмічныя апёкі класіфікуюць па плошчы паражэння (у працэнтах у адносінах да паверхні цела, прынятай за 100 %), па глыбіні (I, II, IIIа, IIIб, IV ступені), па перыядах апёкавай хваробы.

Для вызначэння плошчы апёку выкарыстоўваюць простыя, але дастаткова дакладныя правілы — «правіла далоні» і «правіла дзявяткі». «Правіла далоні» — вымярэнне далонню плошчы апёку. Памер далоні складае прыкладна 1 % агульнай плошчы скурнага покрыва чалавека. Дадзены спосаб ужываецца і пры абмежаваных, і пры вялікіх апёках. У апошнім выпадку далонню вызначаюць плошчу непашкоджаных участкаў цела і адыманнем атрыманай лічбы ад 100 вызначаюць працэнт пашкоджанай паверхні. Паводле «правіла дзявяткі» (гл. рыс. 24), паверхня галавы і шыі складае 9 %, адной верхняй канечнасці — 9 %, адной ніжняй канечнасці — 18 % (9 % бядро, 9 % — галёнка +



Рыс. 24. Вызначэнне плошчы апёкаў «па правіле дзявяткі»

ступня), задняя паверхня тулава — 18 %, пярэдняя — 18 %, прамежнасць і вонкавыя палавыя органы — 1 % паверхні цела. У дачыненні дзяцей «правіла дзявяткі» ўжываецца са змяненнямі. Прынята лічыць, што ў дзяцей ва ўзросце да аднаго года паверхня галавы і шыі складае 18 %, а паверхня кожнай ніжняй канечнасці — 14 %; ва ўзросце да 14 гадоў — адпаведна 14 і 16 %, а з 14 да 15 гадоў — 10 і 18 %.

Адрозніваюць чатыры ступені апёкаў. Апёк *I ступені* характарызуецца ўстойлівым пачырваненнем скуры, яе ацёкам, болем. Зажыўленне наступае праз 3—4 дні. Апёку *II ступені* ўласціва з’яўленне пузыроў у выніку адслаення эпідэрмісу. Зажыўленне наступае праз 7—12 дзён без рубцоў. Апёк *III ступені* можа быць паверхневым і глыбокім. Пры паверхневым апёку (IIIа ступень) эпідэрміс адсутнічае, мяккія покрыўныя тканкі ацёчныя, напружаныя, рана пакрыта светла-карычневым або шэрым струпам, які фарміруецца пры змярцвенні эпітэлію і паверхневага слою скуры. Праз 3—4 тыдні наступае зажыўленне з утварэннем руб-

цоў. Пры глыбокіх апёках (IIIб ступень) на паверхні скуры з'яўляецца цвёрды цёмна-карычневы струп у выніку змярцвення ўсіх слаёў скуры. Зажыўленне маруднае: спачатку праз 3—5 тыдняў пачынаецца адыход струпоў, рана пакрываецца грануляцыямі (маладыя клеткі), а затым утвараюцца грубыя рубцы. Апёк *IV ступені* суправаджаецца змярцвеннем скуры, падскурна-тлушчавай клятчаткі, сухажылляў, мышцаў, касцей з утварэннем карычневага або чорнага струпа з выдзяленнем вянознай крыві.

У большасці выпадкаў апёкі IIIб і IV ступеней патрабуюць аператыўнага лячэння, аднаўлення цэласнасці скурнага покрыва за кошт перасадкі ўласнай скуры, якая захавалася па-за зонай тэрмічнай траўмы. Чым раней будзе аказана першая медыцынская дапамога такому пацярпеламу, тым меншая верагоднасць узнікнення ўскладненняў. Пры аказанні дапамогі першым чынам неабходна патушыць адзенне, калі яно загарэлася (накінуць паліто, коўдру і інш.). Абпаленую частку цела вызваляюць ад адзення, якое абразаюць вакол раны, пакідаючы толькі частку, якая прыліпла да месца апёку. Ускрыццё і зразанне пузыроў недапушчальна. Нельга змазваць абпаленую паверхню тлушчавымі і іншымі рэчывамі. На яе накладваюць стэрыльную павязку, холад. Невялікія паверхневыя апёкі кісцей, ступней плошчай да 1—2 % можна лячыць амбулаторна.

Усіх пацярпелых з глыбокімі апёкамі любой лакалізацыі неабходна даставіць у апёкавае аддзяленне бальніцы або апёкавы цэнтр. Калі плошча паверхневых апёкаў пацярпелага большая за 30 %, а глыбокіх большая за 10 %, яго шпіталізуюць у рэанімацыйнае аддзяленне. Пры апёках твару, шыі, верхняй паловы тулава хворага транспартуюць у сядзячым становішчы, пры апёках пярэдняй паловы тулава, ног — на спіне, пры цыркулярных кругавых апёках пад пацярпелага падкладваюць валік з адзення, каб большая частка тулава або нагі не датыкалася да насілак.

Хімічныя апёкі ўзнікаюць пры пападанні на скуру і слізістыя абалонкі розных агрэсіўных хімічных рэчываў, часцей за ўсё моцных кіслот (сернай, азотнай і інш.), якія

прыводзяць да спякання тканак; канцэнтраваных едкіх шчолачаў, якія выклікаюць разбурэнне тканак. Хімічныя апёкі часцей за ўсё не перавышаюць 10 % паверхні цела і адрозніваюцца працяглым зажыўленнем. Неадкладную дапамогу пры хімічным апёку праводзяць наступным чынам: пазбаўляюцца ад абрыўкаў адзення, насычанага хімічнымі рэчывамі; скуру мыюць праточнай вадой; пры апёках кіслатой накладваюць стэрыльныя сурвэткі, змочаныя 4 %-ным растворам гідракарбанату натрыю, пры апёках шчолаччу — слабым растворам хлорыставадароднай, лімоннай або воцатнай кіслаты; уводзяць абязбольваючыя сродкі; пацярпелых шпіталізуюць у апёкавае аддзяленне.

Пры глыбокіх апёках любога характару са значнай плошчай пашкоджання ў арганізме ўзнікаюць цяжкія агульныя паталагічныя працэсы (апёкавая хвароба, апёкавы шок, атручэнне прадуктамі распаду тканак — таксемія, абязводжванне і інш.), парушаецца дзейнасць сардэчна-сасудзістай і цэнтральнай нервовай сістэм, печані, нырак і іншых органаў. Калі апёкі I ступені ахопліваюць 40—50 % паверхні цела і больш, II ступені — 20 %, III ступені — 10 %, IV ступені — 5 %, то гэта заўсёды прыводзіць да парушэння функцый жыццёва важных органаў — ***апёкавай хваробы***.

Першы перыяд апёкавай хваробы кваліфікуюць як *апёкавы шок* той або іншай ступені цяжкасці. Адрозніваюць яго лёгкую, цяжкую і вельмі цяжкую формы. Апёкавы шок узнікае адразу пасля атрымання траўмы і прыводзіць да цяжкіх расстройстваў кровазвароту і абменных працэсаў у арганізме пацярпелага. У людзей маладога і сярэдняга ўзросту шок развіваецца пры апёках II—IV ступеней, якія ахопліваюць 15—16 % паверхні цела, а ў людзей пажылога і старэчага ўзросту цяжкі апёкавы шок можа наступіць пры паражэнні 9—12 % паверхні цела. Апёкавы шок у дзяцей да трох гадоў развіваецца пры паражэнні 3—5 % паверхні цела, а ў больш старэйшых дзяцей — 5—10 %. Працяканне апёкавага шоку залежыць не толькі ад глыбіні, плошчы апёку, узросту пацярпелага, але і ад адэкватнасці працэсо-

кавай тэрапіі, наяўнасці спадарожных захворванняў — знясілення, аняміі, прамянёвай хваробы і г. д. Яно значна ўскладняецца пры другаснай траўме, другасным крывацёку, пераахаладжэнні, апёках дыхальных шляхоў і да т. п.

Другі перыяд апёкавай хваробы — *таксемія*, якая развіваецца ў выніку ўпітвання з зоны апёку таксічных прадуктаў распаду змярцвелых тканак і бактэрыяльных таксінаў. Яна праяўляецца з 3-га дня хваробы і доўжыцца ў дарослых да 8—14 дзён, у дзяцей ад 2 да 10 дзён. Звычайна таксемія пачынаецца з першых гадзін пасля апёку, непрыкметна наслойваецца на шок і пасля выхаду пацярпелага з шокавага стану выразна праяўляецца ўласцівымі ёй сімптомамі.

Трэці перыяд хваробы — *септыкатаксемія* і *апёкавае знясіленне*. Гэты перыяд звязаны з нагнойваннем апёкавай раны, якое развіваецца к 12—15-му дню хваробы і вядзе да сепсісу, часта ўскладняецца запаленнем лёгкіх, паражэннем печані і нырак, вострымі язвамі страўнікава-кішачнага тракта.

Чацвёрты перыяд — *перыяд папраўкі*, наступае пасля ліквідацыі вострых праяўленняў апёкавай хваробы і яе ўскладненняў. У хворых паступова знікаюць з'явы інтаксікацыі, нармалізуецца тэмпература, паляпшаецца агульны стан, з'яўляецца апетыт, павышаецца маса цела, знікае анемія і адбываецца поўнае або амаль поўнае аднаўленне здольнасці да перамяшчэння. Раны зажыўляюцца, і хворы папраўляецца.

Абмаражэнне — пашкоджанне тканак цела пад уплывам холаду. Асноўная прычына пашкоджання тканак — устойлівыя змяненні ў крываносных сасудах, выкліканыя іх працяглым спазмам. Абмаражэнні назіраюцца не толькі ў халодную, але і ў цёплую пару года. У большасці выпадкаў абмаражэнню падвяргаюцца пальцы рук і ног, вушы, нос.

Адрозніваюць 4 ступені абмаражэння. Для абмаражэнняў *I ступені*, якія здараюцца пры кароткачасовым уздзеянні холаду, характэрны ацёчная, з сінюшным адценнем, на-

пружаная скура, невялікі боль, адчуванне свербу, паніжэнне адчувальнасці пашкоджаных участкаў. Праз 2—3 дні гэтыя сімптомы праходзяць і на скуры ніякіх слядоў не застаецца. Пры *II ступені* абмаражэння, якая ўзнікае пры працяглым уздзеянні нізкай тэмпературы, скура становіцца сінюшнай, узнікаюць пузыры са светлай і крываністай вадкасцю, хворага непакоіць інтэнсіўны боль у месцах абмаражэння. *III ступені* ўласцівы некроз скуры і падскурнай клятчаткі з развіццём пузыроў, на месцы якіх праз некалькі дзён з'яўляюцца ўчасткі змярцвення, а затым і рубцы. *IV ступені* ўласціва змярцвенне не толькі скуры, але і ўсіх слаёў глыбейшых тканак (мышцаў, сухажылляў, касцей і інш.). Скура бледная і сінюшная, пакрытая пузырамі з непрыемным пахам.

Першая медыцынская дапамога абмарожаным накіравана на хуткае аднаўленне тэмпературы і кровазвароту ў пашкоджаных тканках. Мокрае адзенне здымаюць і мяняюць на сухое (пажадана, каб гэта рабілася ў цёплым памяшканні). Калі адзенне і абутак прымерзлі да цела, іх здымаюць вельмі асцярожна, каб не выклікаць дадатковага пашкоджання абмарожаных участкаў. Пацярпеламу даюць гарачую ежу і пітво, ахінаюць коўдрамі, абкладваюць цёплымі грэлкамі. Абмарожаныя ўчасткі асцярожна расціраюць змочанымі ў спірце ватнымі тампонамі або сухімі рукамі з адначасовымі лёгкімі масажнымі рухамі. Пасля таго як кровазварот аднавіўся (скура ружавее) на абмарожанае месца накладаюць спіртавую або асептычную павязку. Абмарожаныя канечнасці можна саграваць у вадзе (тэмпература вады спачатку не вышэйшая за 24 °C, пасля паступова павялічваць да 36—40 °C) у спалучэнні з масажам і актыўным рухам канечнасцей. Пры абмаражэннях шчок, носа, вушэй іх адаграваюць прама на вуліцы: асцярожна расціраюць пашкоджаныя ўчасткі кругавымі рухамі. Не варта праводзіць расціранне снегам, каб не пашкодзіць скуру крышталікамі лёду. Лепш праводзіць расціранне мяккай шарсцяной рукавіцай або рукой да поўнага аднаўлення кро-

вавароту. У залежнасці ад цяжкасці абмаражэння пацярпеламу назначаюць амбулаторнае або стацыянарнае лячэнне.

Акрамя мясцовага ўздзеяння нізкай тэмпературы на тканкі магчыма генералізаванае ўздзеянне холаду на арганізм (пераахаладжэнне, замярзанне), абумоўленае неадпаведнасцю паміж цеплаўтварэннем і павышанай цеплааддачай цела. Пераахаладжэнню спрыяюць высокая вільготнасць паветра, вецер, мокрыя адзенне і абутак, знясіленне, ператамленне, ап'яненне і інш. Прыметы агульнага пераахаладжэння — дрыжыкі, бледнасць скуры, скаванасць, абыякавасць, санлівасць, здранцвенне, сутаргі, западзенне вочных яблыкаў, звужэнне зрэнкаў і адсутнасць іх рэакцыі на святло. Пры лёгкай ступені агульнага пераахаладжэння пацярпелага неабходна сагрэць у цёплым памяшканні. Яму даюць гарачае пітво і ежу.

Пры цяжкай ступені замярзання пацярпелага змяшчаюць у цёплую ванну, энергічна расціраюць цела і пасля саграваня на насілках дастаўляюць у лячэбную ўстанову.

Пытанні для паўтарэння

1. Як адрозніваюцца апёкі па ступені цяжкасці?
2. У чым заключаецца першая медыцынская дапамога пры апёках?
3. Што такое апёкавая хвароба?
4. Як вызначыць плошчу апёку?
5. Як аказаць першую дапамогу пры абмаражэнні і замярзанні?

1.8. УТАПЛЕННЕ

Утапленне — востры паталагічны стан, які развіваецца пры працяглым пагружэнні цела ў вадкасць (галоўным чынам у ваду), што ўскладняе або цалкам спыняе газаабмен з паветраным асяроддзем пры захаванні анатамічнай цэласнасці сістэмы дыхання. Утапленне можа адбыцца падчас катастроф марскіх і рачных суднаў, выпадковага падзення ў ваду, пры купанні і да т. п. Сярод мноства прычын, якія садзейнічаюць утапленню, асаблівае месца займаюць

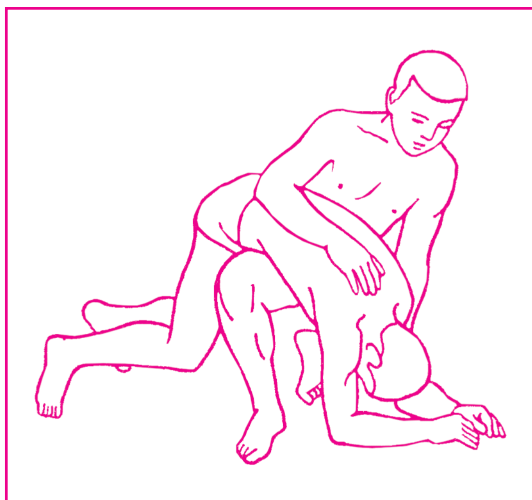
страх, нізкая тэмпература вады (халадовы шок), механічныя траўмы, алкагольнае ап'яненне, парушэнні функцый сардэчна-сасудзістай і дыхальнай сістэм, а таксама раптоўна ўзніклыя хваробы ўнутраных органаў (інфаркт міякарда, парушэнне мазгавога кровазвароту і інш.).

Утапленне можа быць першасным (сапраўдным, або «мокрым»), асфіктычным («сухім») і другасным. Выпадкі *першаснага ўтаплення* складаюць 75—95 % колькасці ўсіх няшчасных выпадкаў на вадзе. Пры гэтым вадкасць пранікае ў дыхальныя шляхі і лёгкія, а затым паступае ў кроў.

Асфіктычнае ўтапленне сустракаецца ў 5—20 % выпадкаў, характарызуецца прыметамі вострай гіпаксіі (кіслароднага галадання), абумоўленай закрыццём вадой дыхальных адтулін і развіццём устойлівага спазму гартані ад раздражнення вадой яе рэцэптараў. Ступень запаўнення дыхальных шляхоў вадкасцю ў гэтых выпадках не так значная для развіцця ўтаплення, таму што вадкасць паступае ў дыхальныя шляхі толькі ў перадаганальным перыядзе пры аслабленні спазму гартані.

Другаснае ўтапленне складае 15—25 % выпадкаў, галоўным чынам яно характэрна для жанчын і дзяцей пры раптоўным рэфлекторным спыненні сэрца і дыхання. Гэты тып утаплення звычайна ўзнікае ў выніку надзвычай моцнага эмацыянальнага шоку, страху ў момант катастрофы непасрэдна перад апусканнем у ваду, ад уздзеяння вельмі халоднай вады на скуру або рэцэптары верхніх дыхальных шляхоў.

Поспех першай дапамогі пры ўтапленні шмат у чым залежыць ад правільнай ацэнкі абставін, пры якіх такое здарылася, і правядзення мэтанакіраваных мерапрыемстваў. Аказваць дапамогу пацярпеламу неабходна неадкладна пасля выцягвання яго з вады. Трэба хутка ачысціць поласць рота і носа ад пяску, глею, водарасцяў, ірвотных мас, выдаліць з лёгкіх і страўніка ваду. Калі пацярпелы дыхае, яго саграваюць і супакойваюць, калі ён у непрытомным стане, але дыханне і пульс захаваны, неабходна вызваліць грудную клетку ад адзення, даць удыхнуць пары нашатырнага спірту,



Рыс. 25. Выдаленне вады з лёгкіх і страўніка пацярпелага

палажыць яго на бок для актывізацыі дыхання. Пацярпеламу, які знаходзіцца ў непрытомным стане з прыметамі парушэння дыхання і кровазвароту (рэдкі пульс і паверхневае дыханне), неабходна неадкладна правесці штучную вентыляцыю лёгкіх і непрамы масаж сэрца, папярэдне ачысціўшы дыхальныя шляхі і страўнік ад вадкасці. Для гэтага пацярпелага паварочваюць на бок і далонню або кулаком энергічна націскаюць на верхнюю частку жывата, назіраючы за выцяканнем вады з рота. Затым хутка кладуць яго сабе на калена тварам уніз і працягваюць выганяць ваду з лёгкіх сцісканнем груднай клеткі (рыс. 25). Пасля гэтага пацярпеламу ў становішчы на спіне робяць штучную вентыляцыю лёгкіх і непрамы масаж сэрца да поўнага аднаўлення свядомасці. Пасля вывядзення са стану клінічнай смерці цела саграваюць, робяць масаж канечнасцей для паляпшэння перыферычнага кровазвароту. У сувязі з магчымасцю развіцця ўскладненняў пацярпелага неабходна даставіць у лячэбную ўстанову для далейшага лячэння.

Для прадухілення няшчасных выпадкаў на вадзе варта выконваць правілы паводзін: не пакідаць без нагляду дзяцей, не ныраць з лодак, плытоў, не заплываць за межы адведзеных для купання месцаў.

Нельга купацца пасля ўжывання алкаголю, а таксама ў першыя 1—2 гадзіны пасля прыёму ежы, у стане фізічнага і псіхічнага стамлення. Небяспечна заходзіць у ваду пасля моцнага перагравання на сонцы, у першую чаргу людзям з захворваннямі сардэчна-сасудзістай сістэмы і ў пажылым узросце. Надзвычай небяспечныя скачкі ў ваду ў незнаёмым месцы, асабліва ўніз галавой. Важнай умовай прафілактыкі ўтаплення з'яўляецца ўменне плаваць.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое ўтапленне? Ахарактарызуйце віды ўтаплення.
2. Як аказаць першую дапамогу пры ўтапленні?
3. У чым заключаецца прафілактыка ўтапленняў?

1.9. ЭЛЕКТРАТРАЎМЫ І ПАРАЖЭННІ МАЛАНКАЙ

Электратраўма. Паражэнне электрычным токам вышэйшым за 50 В выклікае цеплавы і электралітычны эфект. Часцей за ўсё прычынай электратраўмы з'яўляецца парушэнне правілаў карыстання і тэхнікі бяспекі пры рабоце з электрычнымі прыборамі ў быце і на вытворчасці. Праходжанне электрычнага току праз арганізм прыводзіць да механічных (разрывы, расслаенне тканак) і тэрмічных (апёк) пашкоджанняў, выклікае хімічныя змяненні ў тканках (іянізацыя, электроліз) і іншыя рэакцыі. Такія пашкоджанні тканак арганізма назіраюцца па ўсім шляху праходжання току. Адрозніваюць мясцовыя і агульныя сімптомы электратраўмы.

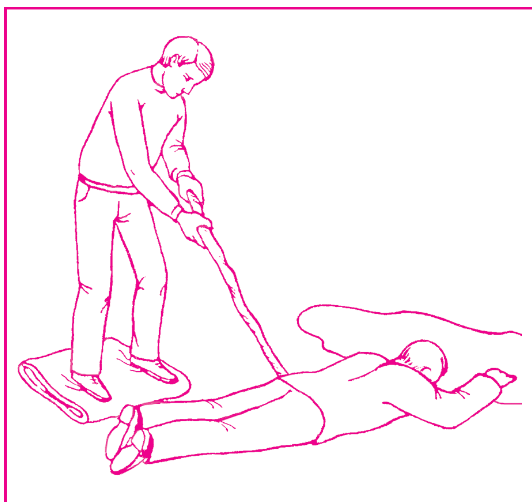
Да мясцовых сімптомаў адносяць характэрныя змяненні ў тканках, падобныя на тэрмічныя апёкі, якія ўзнікаюць пад уплывам цеплавога фактару, а таксама іянізацыі, электролізу ў месцах уваходу і выхаду току. Месцы ўваходу і выхаду току называюць «знакамі току». У гэтых месцах на скуры ўзнікаюць жаўтавата-бурыя або белаватыя плямы. Іншы раз гэтыя плямы цвёрдыя, прыпаднятыя над паверхняй скуры, часта ўяўляюць сабою звычайны струп. «Знакі току» слабабалючыя і малапрыкметныя.

Агульныя сімптомы залежаць ад уздзеяння электрычнага току на цэнтральную нервовую, сардэчна-сасудзістую і дыхальную сістэмы. Пры лёгкіх паражэннях адзначаюцца моцныя сутаргавыя скарачэнні шкілетнай мускулатуры, боль у грудзях, галаўны боль, агульная слабасць, хуткая стамляльнасць, паніжэнне памяці, слыху, зроку, нюху, задышка, перавышэнне колькасці лейкацытаў. Часта гэтыя парушэнні развіваюцца не адразу, а праз некаторы час. У цяжкіх выпадках акрамя паказаных сімптомаў у пацярпелых магчымы страта прытомнасці, рухальная ўзрушанасць, рэтраградная амнезія, павышаная раздражняльнасць, святлабоязь, пачуццё страху, парушэнне функцый кішэчніка, запаволенне пульсу, арытмія, ацёк лёгкіх, расшырэнне межаў сэрца, развіццё вострай ныркавай недастатковасці. У больш цяжкіх выпадках спыняецца сардэчная дзейнасць. Пры непасрэдным уздзеянні электрычнага току на дыхальны цэнтр і дыхальную мускулатуру магчымы спыненне дыхання і удушша. Істотнае значэнне мае тое, праз якія органы праходзіць ток. Гэта арыенціровачна можна вызначыць, калі ўяўна злучыць месцы ўваходу і выхаду току. Асабліва небяспечна праходжанне току праз сэрца, галаўны мозг.

Пры ўздзеянні электрычнага току высокага напружання ўзнікаюць глыбокія паражэнні тканак, апёкі. Яны маюць характэрныя прыметы: глыбокае пашкоджанне тканак; адсутнасць пузыроў на скуры; радзей развіваюцца нагнаенні; зажыўленне працякае з утварэннем мяккіх рубцоў.

Першая дапамога пацярпеламу ад электратраўмы заключаецца ў вызваленні яго ад кантакту з электрычным токам (рыс. 26). Выключаюць крыніцу электрасілкавання, а калі гэта немагчыма, то абрываюць або адкідваюць провад драўлянай сухой палкай. Калі той, хто аказвае дапамогу, апрануты ў гумавыя боты і гумавыя пальчаткі, то можна адцягнуць пацярпелага ад электраправада рукамі. Пры спыненні дыхання і работы сэрца праводзяць штучную вентыляцыю лёгкіх і непрамы масаж сэрца. На электраапёкавую рану накладаюць асептычную павязку.

Паражэнне маланкай. Небяспечнасць удару маланкі абумоўлена высокім напружаннем (да 10 000 000 В) і магутным разрадам. Пад разрад маланкі часцей за ўсё трап-



Рыс. 26. Вызваленне пацярпелага ад дзеяння току драўлянай палкай

ляюць людзі, якія знаходзяцца на адкрытай мясцовасці падчас навальніцы. Акрамя электратраўмы яны могуць пры гэтым атрымаць вельмі цяжкія апёкі і пашкоджанні ад паветранай хвалі. Маланка можа выклікаць цяжкія апёкі да IV ступені цяжкасці (тэмпература ў так званым канале маланкі дасягае 25 000 °C). Вельмі часта паражэнне маланкай абумоўлівае смерць людзей на месцы адразу ў момант удару. Нягледзячы на кароткачасовасць уздзеяння атмасфернай электрычнасці пры паражэнні маланкай, стан пацярпелага звычайна цяжкі, што звязана з паражэннем цэнтральнай і перыферычнай нервовай сістэмы: чалавек страчвае прытомнасць, узнікаюць сутаргі. На скуры — своеасаблівыя дрэвападобныя плямы («знакі маланкі») барвовабурага колеру па ходзе сасудаў.

Першая медыцынская дапамога пацярпелым павінна быць аказана неадкладна на месцы здарэння. Нават пры захаванні сардэчнай дзейнасці трэба зрабіць штучную вентыляцыю лёгкіх спосабам «з рота ў рот» або «з рота ў нос», каб зняць дыхальную недастатковасць. Пры спыненні сэрца аднachасова праводзяць і непрамы масаж сэрца, каб аднавіць сэрцабіцце і дыханне. Пасля гэтага пацярпелага неабходна тэрмінова даставіць у рэанімацыйнае аддзяленне бальніцы.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое электратраўма?
2. Назавіце прыметы электратраўмы.
3. Як дапамагчы чалавеку, які атрымаў электратраўму?

1.10. СОНЕЧНЫ І ЦЕПЛАВЫ ЎДАРЫ

Сонечны ўдар — цяжкі паталагічны стан, які ўзнікае пры інтэнсіўным уздзеянні прамых сонечных прамянёў на вобласць галавы і выклікае парушэнне функцый цэнтральнай нервовай сістэмы. Сонечны ўдар адзначаецца звычайна ў людзей, якія працяглы час знаходзяцца на сонцы з непакрытай галавой, злоўжываюць сонечнымі ваннамі, падчас цяжкіх пераходаў па адкрытай мясцовасці ва ўмовах гарачага бясхмарнага надвор'я і да т. п. Сонечны ўдар можа развіцца як непасрэдна падчас знаходжання на сонцы, так і праз некалькі гадзін. Пацярпелых непакояць агульнае недамаганне, пачуццё разбітасці, галаўны боль, узнікаюць галавакружэнне, млоснасць, ірвота, пачашчаецца пульс, магчымы насавы крывацёк, паніжэнне артэрыяльнага ціску, павышэнне тэмпературы цела і інш.

Цеплавы ўдар — хваравіты стан, абумоўлены агульным пераграваннем арганізма пад уплывам знешніх цеплавых фактараў. Пры гарачым навакольным паветры асноўная роля ў захаванні пастаяннай тэмпературы цела належыць скуры і ажыццяўляецца шляхам потавыдзялення. Пераграванню арганізма садзейнічаюць павышаная вільготнасць, вялікія фізічныя нагрузкі, недастатковае паступленне ў арганізм пітной вады, пераяданне, атлусценне, траўмы і інш. Цеплавы ўдар можа ўзнікнуць у выніку працяглага знаходжання ў памяшканні з высокай тэмпературай і вільготнасцю, падчас працяглага знаходжання на адкрытых участках ва ўмовах гарачага клімату, пры цяжкай фізічнай працы ў душных памяшканнях. Яго развіццю спрыяюць цёплая, цесная і дрэнна пранікальная для паветра вопратка, launch ператамленне, ужыванне алкаголю і іншыя фактары. У дзяцей прычынай цеплавога ўдару можа быць цёплае ўкутванне,

размяшчэнне дзіцячага ложка побач з печчу або батарэяй цэнтральнага ацяплення, працяглае знаходжанне дзіцяці ў моцна нагрэтым і неправетраным памяшканні, перагрэў на сонцы.

Прыметы цеплавога ўдару ў дарослых падобны да сімптомаў сонечнага ўдару, але ў дзяцей груднога ўзросту на першае месца выходзяць дыспептычныя парушэнні (ірвота, панос), тэмпература цела рэзка павышаецца, узнікаюць сутаргі, развіваецца кома.

Першую медыцынскую дапамогу пры сонечным і цеплавым удары аказваюць аднолькава. Пацярпелага тэрмінова выносяць у зацененае, халаднаватае месца, забяспечваюць доступ свежага паветра, вызваляюць ад вопраткі, даюць выпіць халоднай вады, кладуць халодны кампрэс або лёд на галаву, пахвінныя вобласці або абгортваюць прасцінамі, змочанымі халоднай вадой. У цяжкіх выпадках неабходна тэрміновая шпіталізацыя.

Прафілактыка сонечнага і цеплавога ўдару грунтуецца перш за ўсё на выкананні адпаведных гігіенічных правіл. Варта пазбягаць прамога ўздзеяння сонечных прамянёў, выконваць рэжым працы ў гарачых цэхах і іншых гарачых памяшканнях. Вельмі важна прытрымлівацца правільнага пітнога рэжыму. Ужыванне алкаголю ў гарачы час можа прывесці да парушэння тэрмарэгуляцыі і садзейнічаць цеплавому ўдару. У працяглых паходах неабходна рабіць прывалы для адпачынку ў цяністым месцы. Вопратка павінна быць лёгкай, свабоднай, добра прапускаць паветра. Неабходная ўмеранасць і падчас адпачынку на пляжы ў гарачую пару года. Асаблівую асцярожнасць трэба захоўваць пры прыёме сонечных ваннаў дзецьмі, іх галава павінна быць пакрыта лёгкім галаўным уборам.

Пытанні для паўтарэння

1. Раскажыце пра сонечны і цеплавы ўдары і першую дапамогу пры іх.
2. У чым заключаецца прафілактыка сонечнага і цеплавога ўдараў?

1.11. ПАРАЖЭННІ ЯДАМІ ЖЫВЁЛ І НАСЯКОМЫХ

Яды насякомых і іншых груп жывых арганізмаў звычайна не маюць такой рэзка выражанай выбіральнай таксічнасці ў дачыненні да ўнутраных органаў чалавека, як раслінныя яды. Укусы *пчол, вос або чмялёў* выклікаюць мясцовую болевую і запаленчую рэакцыю, якая характарызуецца пачуццём пякоты, болю, пачырваненнем скуры на месцы ўкусу, ацёчнасцю (асабліва выражаны ацёк пры ўкусах у твар, шыю, слізістую абалонку рота). Агульнатаксічныя з'явы (дрыжыкі, млоснасць, галавакружэнне, сухасць у роце) адсутнічаюць або слаба выражаны. Усе выпадкі больш цяжкіх паражэнняў абумоўлены не столькі інтаксікацыяй, колькі павышанай адчувальнасцю канкрэтнага чалавека да ядаў насякомых, яго алергічнымі рэакцыямі на чужародныя рэчывы.

У людзей, асабліва адчувальных да ядаў насякомых, магчымы надзвычай небяспечныя алергічныя рэакцыі, якія хутка развіваюцца і могуць стаць прычынай раптоўнай смерці. У сувязі з гэтым усе асобы з павышанай адчувальнасцю да ўкусаў пчол і вос павінны пазбягаць магчымага кантакту з гэтымі насякомымі, мець пры сабе неабходныя лекавыя сродкі падчас адпачынку на прыродзе. Рэакцыя на ўкус у людзей з павышанай адчувальнасцю да ядаў насякомых можа праяўляцца крапіўніцай, сустаўным болем, раптоўнай стратай прытомнасці, якая суправаджаецца расстройствам нервовай сістэмы, ацёчнасцю твару і шыі, задышкай з сухім кашлем і свісцячымі хрыпамі. Любы з гэтых сімптомаў можа развівацца ў першыя мінуты пасля ўкусу або быць адтэрмінаваным у часе на 30 мін — 2 г. Хоць большасць смярцей пры алергічных рэакцыях на яды насякомых адзначаецца на працягу першай гадзіны пасля ўкусу, інтэнсіўнае назіранне за пацярпелымі павінна працягвацца не менш як 3 г.

Першая медыцынская дапамога пры ўкусе заключаецца ў выцягванні з ранкі джала пінцэтам або пальцамі. Месца ўкусу трэба змачыць эфірам, спіртам або адэкалонам,

прыкласці да яго холад. Пры неабходнасці пацярпеламу даюць гарачае пітво. Першае праяўленне алергічных сімптомаў або рэакцый (нават у лёгкай форме!) служыць сігналам для правядзення інтэнсіўнай тэрапіі, якую неабходна пачаць асабліва ў тым выпадку, калі папярэднія ўкусы насякомых ужо суправаджаліся якімі-небудзь алергічнымі праявамі. Пры спыненні сэрца і дыхання неабходны рэанімацыйныя мерапрыемствы і тэрміновая шпіталізацыя ў аддзяленне інтэнсіўнай тэрапіі лячэбнай установы.

Небяспечнай для чалавека жывёлай у Беларусі з'яўляецца *гадзюка звычайная*, яд якой аказвае таксічнае ўздзеянне на згусальную сістэму крыві і разбурае клеткі і тканкі. На месцы ўкусу, дзе выразна бачны дзве глыбокія колатыя ранкі ад зубоў змяі, ужо ў першыя мінуты ўзнікае пачырваненне, затым ацёчнасць, якія хутка распаўсюджваюцца. Пастутова ўкушаная частка цела становіцца ўсё больш ацёчнай, скура над ацёкам барвова-сінюшная, пакрытая плямістымі кровазліццямі тыпу кровападцёкаў. На ёй могуць утварацца пузыры, а ў зоне ўкусу — язвы. З ранак можа доўга выцякаць кроў або сярозна-сукравічная ацёчная вадкасць. У пашкоджанай канечнасці нярэдкія запаленні лімфатычных і вянозных сасудаў, перыферычных лімфатычных вузлоў.

Агульнатаксічнымі сімптомамі з'яўляюцца ўзбуджэнне і наступная рэзкая слабасць, бледнасць скурнага покрыва, галавакружэнне, слабы і часты пульс, паніжэнне артэрыяльнага ціску. Магчымы стан непрытомнасці, млоснасць, ірвота. Развіваецца цяжкі шок, звязаны з парушэннем згусальнай сістэмы крыві. Пры лёгкіх формах атручэння агульнатаксічныя сімптомы выражаны слаба, з перавагай абмежаванай мясцовай рэакцыі на яд у выглядзе ацёку і кровазліцця на месцы ўкусу. Максімальнай выражанасці ўсе праявы інтаксікацыі дасягаюць праз 8—24 тдняў. Пры неадэкватным лячэнні стан хворага застаецца цяжкім на працягу першых 2—3 дзён пасля ўкусу. Магчымы ўскладненні ў выглядзе незагойных язваў, гангрэны. Часцей за ўсё гэтыя ўсклад-

ненні звязаны з няправільным аказаннем першай дапамогі і дадатковай траўматызацыяй тканак у выніку зробленых прыпяканняў, перацяжак, абкладвання акісляльнікамі (перманганатам калію і інш.).

Першая медыцынская дапамога заключаецца ў неадкладным інтэнсіўным адсмоктванні ротам яду з ранкі (папярэдне яе трэба «адкрыць» сціскannем скуры ў вобласці ўкусу). Неадкладна пачатае адсмоктванне дазваляе выдаліць 30—50 % уведзенага змяёй яду і тым самым істотна палегчыць інтаксікацыю. Адсмоктванне праводзіцца самім пацярпелым або іншымі асобамі. Працэдура бяспечная для чалавека, таму што змяіны яд, які пры гэтым трапляе у рот і страўнік, атручэння не выклікае. Адсмоктванне яду праводзіцца на працягу 10—15 мін, змесціва ранкі трэба сплёўваць. Вельмі важна, каб укушаная канечнасць заставалася пры гэтым нерухомай, таму што рухі істотна паскараюць паступленне яду ў агульную цыркуляцыю крыві. З самага пачатку пацярпеламу неабходна забяспечыць супакой у становішчы лежачы (як на месцы здарэння, так і пры транспарціроўцы ў лячэбную ўстанову) і нерухомасць пашкоджанай канечнасці, для чаго яна павінна быць зафіксавана лангетай або павязкай. Нельга прыпякаць месца ўкусу, абколваць яго любымі прэпаратамі, проціпаказаны разрэзы і іншыя лакальныя ўздзеянні. Накладанне жгута на пашкоджаную канечнасць, як правіла, забараняецца.

Пажадана даваць укушанаму многа піць, але выключыць пры гэтым любыя напоі, якія ўтрымліваюць алкаголь.

Пытанні для паўтарэння

1. Якія прыметы ўласцівы ўкусам ядавітых насякомых?
2. Апішыце месца ўкусу гадзюкі звычайнай.
3. Як аказаць першую дапамогу пры пашкоджаннях ядамі насякомых і жывёл?

1.12. АТРУЧЭННЕ

Атручэнне — паталагічны працэс, які ўзнікае ў выніку ўздзеяння на арганізм атрутных рэчываў рознага паходжання, што паступаюць з навакольнага асяроддзя (хімічныя рэчывы, якія прымяняюцца ў прамысловасці і побыце, лекавыя сродкі, таксіны расліннага і жывёльнага паходжання і інш.). Умовы і прычыны развіцця вострых атручэнняў могуць быць рознымі.

Асабліва распаўсюджаныя так званыя бытавыя атручэнні можна падзяліць на выпадковыя атручэнні, якія ўзнікаюць як няшчасныя выпадкі ў побыце, харчовыя атручэнні, алкагольныя інтаксікацыі і суіцыдальныя атручэнні, распачатыя з мэтай самагубства псіхічна неўраўнаважанымі людзьмі. Выпадковыя атручэнні звычайна выкліканы памылковым прыёмам унутр лекавых прэпаратаў, сродкаў бытавой хіміі і іншых рэчываў пры іх няправільным захаванні. Да выпадковых бытавых атручэнняў таксама адносяцца дзіцячыя атручэнні (ад 1 года да 5 гадоў — узросце актыўнага азнаямлення з навакольным светам, калі дзеці, прыцягнутыя знешнім выглядам лекаў і іх каляровых упаковак, глытаюць яркія таблеткі).

Харчовыя атручэнні развіваюцца ў выніку прыёму ўнутр недабраякасных прадуктаў харчавання, грыбоў або атрутных раслін.

У апошні час пачасціліся выпадкі вострых атручэнняў, звязаных з перадазіроўкай наркатычных сродкаў (гераіну, какаіну і інш.).

Дыягностыка вострых атручэнняў асноўваецца на дадзеных апытання, агляду месца здарэння.

Першая дапамога пры вострых атручэннях. Атручэнні адносяцца да захворванняў, канец якіх шмат у чым залежыць ад якасці лячэння, распачатага адразу пасля прыняцця атрутнага рэчыва, яшчэ да развіцця выражаных сімптомаў інтаксікацыі. Фактар часу адыгрывае пры гэтым значную ролю. Асноўная адказнасць ляжыць на тым, хто аказвае першую дапамогу, ад яго залежыць жыццё хворага.

Працяканне любога вострага атручэння характарызуецца этапамі развіцця таксічнага працэсу. Адрозніваюць чатыры этапы атручэння: 1) скрыты перыяд, або прамежак часу ад моманту прыёму яду да з’яўлення першых клінічных сімптомаў атручэння; 2) перыяд усмоктвання яду; 3) перыяд позніх ускладненняў; 4) перыяд папраўкі. Пераход аднаго перыяду ў другі, іх працягласць залежаць ад характару і дозы прынятага яду, індывідуальнай адчувальнасці да яго, своечасовасці і эфектыўнасці лячэння, якое праводзіцца.

Пры пападанні яду ў арганізм праз рот неабходна як мага хутчэй прамыць страўнік як з дапамогай зонда, уявдзеннем ірвотных сродкаў, так і шляхам раздражнення задняй сценкі глоткі і кораня языка. Разам з механічным выдаленнем яду са страўніка ўжываюцца розныя спосабы звязвання і абясшкоджвання яго. З іх найбольш універсальным з’яўляецца адсорбцыя актываваным вуглём і іншымі адсарбентамі. Запаволіць усмоктванне яду можна таксама з дапамогай абвалакальных сродкаў (раслінных слізяў, кісялю, малака і інш.). Разам з фізічным звязваннем яду выкарыстоўваюць і хімічнае звязванне, або нейтралізацыю, пры гэтым ужываюць рэчывы, якія пераводзяць яд у неактыўную форму. Адным са спосабаў абясшкоджвання з’яўляецца перавод растваральных злучэнняў у нерастваральныя. Пасля таго як праведзены мерапрыемствы па адсорбцыі, хімічнай нейтралізацыі, механічным выдаленні яду са страўніка, для паскарэння вывядзення яго з кішак ужываюць солевыя слабіцельныя, клізмы.

1.12.1. Атручэнні моцнадзеючымі ядавітымі рэчывамі

Да моцнадзеючых ядавітых рэчываў адносіцца некалькі соцень відаў рэчываў прамысловай вытворчасці (хлор, аміяк, аксід вугляроду, серавадарод, метан, многія сельскагаспадарчыя пестыцыды). Атручэнне людзей гэтымі рэчывамі можа адбыцца у працэсе вытворчасці і іх выкарыстання, пры аварыях на хімічна небяспечных аб’ектах, у выніку парушэння тэхналогіі і мер бяспекі.

Атручэнне хлорам. Хлор — зеленавата-жоўты газ, са своеасаблівым рэзкім пахам. З вадзянымі парамі і паветрам ён утварае белы туман. У канцэнтрацыях 0,001—0,006 мг/л ён аказвае выразнае раздражняльнае дзеянне; у канцэнтрацыі 0,012 мг/л ужо з цяжкасцю пераносіцца нават пры кароткачасовым уздзеянні, у канцэнтрацыі 0,1—0,2 мг/л небяспечны для жыцця пры ўздзеянні на працягу больш за 30 мін. Пры ўдыханні хлор узаемадзейнічае з малекуламі вады слізістых абалонак і ўтварае саляную кіслату з вылучэннем актыўнага кіслароду, якія таксічна ўздзейнічаюць на прылеглыя тканкі. Пры гэтым моцна раздражняюцца нервовыя рэцэптары слізістых абалонак дыхальных шляхоў, узнікаюць кашаль, боль у груднной клетцы, бронхаспазмы, расстройствы дыхання і сардэчна-сасудзістай сістэмы, рэзь у вачах і слёзацячэнне. У цяжкіх выпадках атручэння развіваецца ацёк лёгкіх, настае параліч дыхальнага цэнтра, пачынаюцца сударгі дыхальных мышцаў і пры адсутнасці дапамогі настае смерць.

Першая медыцынская дапамога ўключае эвакуацыю пацярпелага з зоны паражэння, інгаляцыю кіслародам, аэразолямі содавага раствору. Вочы, поласць носа і рота прамываюць 2 %-ным растворам гідракарбанату натрыю або 1 %-ным растворам борнай кіслаты, пасля чаго дастаўляюць пацярпелага ў лячэбную ўстанову.

Паражэнне аміякам. Аміяк — бясколерны газ з характэрным вострым пахам. Ён шырока прымяняецца ў арганічным сінтэзе, у халадзільнай тэхніцы, вытворчасці ўгнаенняў. Добра раствараецца ў вадзе: насычаны раствор аміяку ўтрымлівае 33 % аміяку. У медыцыне прымяняюць 10 %-ны водны раствор аміяку (нашатырны спірт). Аміяк аказвае выразнае раздражняльнае і прыпальваючае дзеянне на скуру і слізістыя абалонкі, пашкоджвае іх клеткі ў форме хімічнага апёку. Пры прыёме ўнутр смяротная доза для чалавека састаўляе 20—30 мл для 10 %-нага раствору і 10—15 мл для 25 %-нага раствору.

Клінічныя прыметы атручэння пры пападанні аміяку ўнутр арганізма праяўляюцца рэзкім болем у глотцы, па

ходзе стрававода, у страўніку, актыўным слінацячэннем, крывавай ірвотай, тахікардыяй, калапсам. Пары ў канцэнтрацыі 0,7 мл/л выклікаюць моцнае раздражненне вачэй, верхніх дыхальных шляхоў, больш высокія канцэнтрацыі выклікаюць асфіксію і ацёк лёгкіх. Пападанне на скуру суправаджаецца пякучым болем, пашкоджаннем эпідэрмісу і ўтварэннем пузыроў.

Першая медыцынская дапамога патрабуе неадкладнай эвакуацыі пацярпелага з зоны паражэння. Вочы прамываюць вадой і фізічным растворам, пашкоджаныя ўчасткі скуры абмываюць вадой, на іх прыкладаюць прымочкі з 5 %-нага раствору воцатнай або лімоннай кіслаты. Пры пападанні раствору аміяку ўнутр тэрмінова прамываюць страўнік з дапамогай зонда, папярэдне змазанага вазелінавым маслам. Пры спыненні дыхання праводзяць штучную вентыляцыю лёгкіх.

Паражэнне серавадародам. Серавадарод — бясколерны газ з пахам прытухлых яек, можа назапашвацца ў шахтах, на прадпрыемствах харчовай (бурачна-цукровыя заводы), хімічнай (вытворчасць штучнага шоўку), нафтавай прамысловасці. Выдзяляецца пры гніенні арганічных рэчываў, разлажэнні горных парод, мінералаў, утрымліваецца ў сцёкавых водах. Пры канцэнтрацыі ў паветры ад 0,02 да 0,2 мг/л з’яўляюцца сімптомы інтаксікацыі, пры канцэнтрацыі 1,2 мг/л і вышэйшай магчыма імгненная форма атручэння.

Серавадарод — высокатаксічны нервовы яд з моцна выражаным раздражняльным уздзеяннем, выклікае кіслароднае галаданне ў выніку прыгнятальнага дзеяння на ферменты тканкавага дыхання, пашкоджвае цэнтральную нервовую сістэму і крывятворныя органы. Пры лёгкай форме атручэння адзначаюцца боль і рэзь у вачах, слёзацячэнне, святлабоязь, раздражненне ў носе, горле, боль за грудзінай і кашаль. Сярэдняя форма інтаксікацыі суправаджаецца ўзмацненнем гэтых сімптомаў, развіццём бранхітаў, бронхапнеўманій, ацёку лёгкіх, з’явамі сардэчнай недастатковасці. Цяжкае атручэнне развіваецца ў форме сутаргава-каматоз-

най рэакцыі са стратай прытомнасці, галюцынацыямі, паражэннем сардэчна-сасудзістай сістэмы і дыхання.

Першая медыцынская дапамога прадугледжвае спыненне кантакту з газам, вынас пацярпелага на свежае паветра, саграванне. Пры спыненні дыхання неабходна неадкладная штучная вентыляцыя лёгкіх.

Атручэнне аксідам вугляроду. Аксід вуглярода (СА), або ўгарны газ, не мае колеру і паху, гарыць сіняватым полымем, утвараецца пры няпоўным згаранні вугляродатрымальных рэчываў. Атручэнні ім магчымы ў горнай, металургічнай, хімічнай прамысловасці, у кабінах аўтамашын, а таксама ў побыце пры няправільным пячным абаграванні памяшканняў.

Атручэнне аксідам вугляроду прыводзіць да паніжэння канцэнтрацыі кіслароду ў крыві і развіцця гіпаксіі. Пры лёгкай ступені атручэння пацярпелыя скардзяцца на галаўны боль, шум у вушах, сэрцабіцце, слабасць, іншы раз ірвоту, з'яўляецца румянец на шчоках, цыяноз слізістых, павышаецца артэрыяльны ціск. Пры сярэдняй ступені атручэння гэтыя сімптомы нарастаюць, асабліва мышачная слабасць, парушаецца каардынацыя рухаў, з'яўляюцца санлівасць, задышка, пачашчаецца пульс. Цяжкая інтаксікацыя характарызуецца развіццём каматознага стану, які можа доўжыцца некалькі сутак. Скурныя покрывы і слізістыя набываюць ярка-ружовую афарбоўку з наступным пераходам да цыянознай. Зрэнкі шырокія, на святло не рэагуюць, магчымы адвольныя мачаспусканне і дэфекацыя, артэрыяльны ціск паніжаны, дыханне паверхневае.

Пры першай медыцынскай дапамозе пацярпелага выносяць на свежае паветра, дзе яму даюць удыхнуць нашатырны спірт, расціраюць грудную клетку, саграваюць грэлкамі; паказана таксама гарачае пітво. Пры спыненні дыхання праводзяць рэанімацыйныя мерапрыемствы і тэрмінова дастаўляюць пацярпелага ў лячэбную ўстанову.

Вострае атручэнне воцатнай эсенцыяй (80 %-ны раствор) — распаўсюджаная бытавая інтаксікацыя. Пераральны шлях (праз рот) — асноўны ў паступленні кіслаты ў арга-

нізм. Таксічнасць разведзенай да 10 % воцатнай кіслаты нязначная. Смяротная доза эсенцыі — каля 50 мл. Атручэнню садзейнічае небяспечны хімічны апёк поласці рота, глоткі, стрававода і страўніка. Вядучае значэнне пры атручэнні мае боль у поласці рота, стрававода, страўніка, адначасова пашкоджваюцца печань, ныркі, адбываецца таксічнае разбурэнне эрытрацытаў крыві.

Даўрачэбная дапамога пры атручэнні воцатнай кіслатой патрабуе хуткага яе выдалення са страўніка. На месцы здарэння страўнік прамываюць (з дапамогай змазанага вазелінавым маслам зонда) 8—10 л халоднай вады. Для таго каб паменшыць боль і зняць спазм, ужываюць абязбольваючыя і спазмалітычныя сродкі. Прамыванне страўніка найбольш эфектыўна і абсалютна бяспечна ў першыя 6 г, у пазнейшы час яно немэтазгодна. Бяззондавае прамыванне страўніка са штучным выкліканнем ірвоты вельмі небяспечна з-за магчымасці ўзнікнення крывацёку. У якасці нейтралізуючага сродку можна выкарыстаць паленую магнезію, альмагель з наступным прамываннем страўніка і транспарціроўкай пацярпелага ў бальніцу.

Вострае атручэнне шчолачамі (нашатырны спірт, каўстычная сода і інш.) адбываецца ў асноўным праз рот. Шчолачы выклікаюць глыбокія апёкі стрававода. Крыху менш пашкоджваецца страўнік. Пры паступленні канцэнтраваных раствораў унутр назіраюцца апёкі вуснаў, слізістай абалонкі рота, скуры твару, цяжкасць глытання, млоснасць, ірвота часта з прымессю крыві. Даўрачэбная дапамога такая ж, як і пры атручэнні кіслотамі.

Вострыя атручэнні прэпаратамі бытавой хіміі. Прэпараты бытавой хіміі па сваім прызначэнні дзеляцца на касметычныя, мыючыя сродкі, інсектыцыды (хларафос, карбафос) і інш.

У састаў касметычных сродкаў уваходзяць этылавы алкаголь, бутылавы, амілавы спірты, якія вельмі неспрыяльна ўздзейнічаюць на нервовую сістэму, дыхальную і сардэчную дзейнасць.

Атручэнні бытавымі інсектыцыдамі ўзнікаюць пры іх патрапленні ў стрававальны тракт або ўдыханні іх пароў. Адзначаецца галавакружэнне, значнае слінавыдзяленне, парушэнне зроку, потавыдзяленне і іншыя сімптомы. Пры з'яўленні прымет атручэння хларафосам пацярпелага выносяць на чыстае паветра, здымаюць заражаную вопратку, абмываюць вадой адкрытыя ўчасткі цела; пры праглынанні ядахімікату даюць значную колькасць вадкасці і, націснуўшы на корань языка, выклікаюць некалькі разоў ірвоту.

Пры выкарыстанні прэпаратаў бытавой хіміі неабходна выконваць інструкцыі па іх ужыванні. Захоўваць іх трэба асобна, у месцах, недаступных для дзяцей, пажадана па-за жылым памяшканнем і асобна ад прадуктаў.

1.12.2. Харчовыя атручэнні

Харчовыя атручэнні — вострыя захворванні, якія ўзнікаюць пры ўжыванні харчовых прадуктаў, інфіцыраваных мікробамі. Найбольш часта сустракаюцца харчовыя атручэнні стафілакокавай і сальманелёзнай прыроды. Асабліва небяспечнымі з'яўляюцца вырабы з фаршу, паштэты, халадцы, заліўныя, крывяныя каўбасы і інш., у якіх мікробы размнажаюцца хутка ва ўсёй масе прадукта. Крыніцай заражэння ежы звычайна з'яўляюцца людзі (повары, кандытары і інш.) з гнайнічковымі захворваннямі скуры, хворыя ангінай, насмаркам, бранхітам і інш. Заражэнне малака магчыма і ад хворых кароў.

Інкубацыйны перыяд харчовага атручэння вельмі кароткі (1—3 г), пачынаецца раптам з агульнага недамагання, млоснасці, ірвоты, паносу, болю ў жываце. Тэмпература цела можа быць нармальнай, але нярэдка павышаецца да 38—39 °С. Хутка нарастаючая інтаксікацыя суправаджаецца рэзкай слабасцю, галавакружэннем, бледнасцю скуры, халодным потам, паніжэннем артэрыяльнага ціску, пачашчаным і слабым пульсам.

Першая дапамога заключаецца ў неадкладным прамыванні страўніка значнай колькасцю вады пры дапамозе

straўнікавага зонда або шляхам выклікання штучнай ірвоты. Назначаюцца антыбіётыкі, актываваны вугаль і іншыя сарбенты, шчодрае пітво.

Прафілактыка харчовых атручэнняў заснавана на строгім выкананні санітарна-гігіенічных норм пры гатаванні ежы (дастатковая тэрмічная апрацоўка), захаванні прадуктаў (халадзільнікі, леднікі), транспарціроўцы (чысты посуд), санітарна-гігіенічным утрыманні кухні, выкананні правіл асабістай гігіены, недапушчэнні да гатавання ежы хворых людзей.

1.12.3. Алкагольныя інтаксікацыі

Вострае атручэнне алкаголем і яго сурагатамі — шырока распаўсюджаная форма інтаксікацыі. Спіртныя напоі крэпасцю да 30 % засвойваюцца значна хутчэй, чым больш моцныя. Ежа ў вялікай колькасці запавольвае засваенне алкаголю. Смяротная разавая доза этылавага спірту складае 4—12 г/кг (у сярэднім 300 мл 96 %-нага спірту). Пры канцэнтрацыі алкаголю ў крыві 3 г/л развіваецца алкагольная кома, канцэнтрацыя 5—6 г/л з'яўляецца смяротнай. У глыбокай коме страчваецца болевая адчувальнасць, паніжаюцца рэфлексы, тэмпература цела, артэрыяльны ціск ажно да ўзнікнення калапсу.

Першая медыцынская дапамога заключаецца ў выдаленні рэшткаў алкаголю са страўніка шляхам прамывання праз зонд да з'яўлення чыстых прамыўных вод. Пры цяжкіх расстройствах дыхання праводзіцца штучная вентыляцыя лёгкіх, транспарціроўка ў лячэбную ўстанову.

Атручэнне сурагатамі алкаголю (гідролізны спірт, дэнатурат, адэкалоны і інш.) мае свае спецыфічныя асаблівасці: ап'яненне выяўлена слабей, з'яўляецца млоснасць, праз 1—2 сутак нарастае рвота, боль у жываце, галаўны боль, галавакружэнне, парушэнне зроку, узнікаюць сутаргі. Неадкладная дапамога пры сурагатных атручэннях: інтэнсіўнае прамыванне страўніка для выдалення рэшткаў сурагатаў алкаголю, шпіталізацыя. Магчымы сур'ёзныя ўскладненні — паражэнні зроку, печані, нервовай сістэмы.

1.12.4. Атручэнні ядавітымі раслінамі і грыбамі

Атручэнні ядавітымі раслінамі звычайна ўзнікаюць пры ўжыванні ў ежу іх пладоў, лісця або каранёў. Пры гэтым часта пакутуюць дзеці, якія не разумеюць або не ўсведамляюць небяспекі. Яды, якія знаходзяцца ў раслінах, могуць належаць да алкалоідаў, гліказідаў, эфірных масел і іншых груп хімічных злучэнняў. Ужыванне ягад або іншых частак ядавітых раслін (бузіна смярдзючая, воўчыя ягады, мудранка, геліятроп, жасцёр, беладонна, казялец блакітны, паслён салодка-горкі, паслён чорны, плюшч звычайны, спарыння, чыстацел і інш.) прыводзіць да ўзнікнення вострага гастраэнтэрыту (млоснасць, ірвота, боль у жываце, панос). Пры цяжкіх атручэннях развіваюцца слабасць, расстройствы сардэчна-сасудзістай дзейнасці і дыхання, сутаргі, нярэдкія страта прытомнасці і нават смерць (табл. 1).

Першая медыцынская дапамога пры атручэнні ядавітымі раслінамі заключаецца ў прамыванні страўніка. Пасля гэтага ўнутр даюць актываваны вугаль і танін для звязвання ядаў і солевае слабіцельнае для іх вывядзення з кішэчніка. Шпіталізацыя праводзіцца ў выпадках цяжкага атручэння.

Табліца 1

Сімптаматыка атручэння ядавітымі раслінамі

Беладонна	Сімптаматыка атручэння
	Сухасць у роце, глотцы, парушэнне глытання, зроку, святлабоязь, сэрцабіцце, задышка, галаўны боль, псіхічнае ўзбуджэнне, зрокавыя галюцынацыі, кома
	Неадкладная дапамога
	Прамыванне страўніка, актываваны вугаль, солевае слабіцельнае. Неадкладная шпіталізацыя

Працяг табл. 1

Воўчыя ягады	Сімптаматыка атручэння	Пачырваненне слізістай абалонкі глоткі, слінацячэнне, слабасць, ірвота, наяўнасць крыві ў мачы
	Неадкладная дапамога	Прамыванне страўніка, актываваны вугаль, солевае слабіцельнае. Па паказаннях шпіталізацыя
Мудранка	Сімптаматыка атручэння	Слабасць, ірвота, панос, боль у жываце, сутаргі, арытмія, кома
	Неадкладная дапамога	Прамыванне страўніка, солевае слабіцельнае, у цяжкіх выпадках шпіталізацыя
Бярозка	Сімптаматыка атручэння	Ірвота, слабасць, панос, боль у жываце, сутаргі
	Неадкладная дапамога	Прамыванне страўніка, унутр абвалакальныя прэпараты, спазмалітыкі, сімптаматычнае лячэнне. Тэрміновая шпіталізацыя
Бружмель	Сімптаматыка атручэння	Слабасць, ірвота, боль у жываце, панос
	Неадкладная дапамога	Прамыванне страўніка, сімптаматычнае лячэнне

Заканчэнне табл. 1

Спарынне	Сімптаматыка атручэння	Слінацячэнне, ірвота, панос, смага, боль у жываце, галавакружэнне, бледнасць, задышка, кома, паніжэнне адчувальнасці скуры, рук і ног, сутаргі, матачны крывацёк
	Неадкладная дапамога	Прамыванне страўніка, солевае слабіцельнае. Тэрміновая шпіталізацыя
Чамярыца (ужываецца ў ветэрынарыі)	Сімптаматыка атручэння	Пры прыёме ўнутр слінацячэнне, слабасць, ірвота, боль у жываце, панос, мускульная слабасць, парушэнне зроку і сардэчна-сасудзістай сістэмы
	Неадкладная дапамога	Прамыванне страўніка, актываваны вугаль, солевае слабіцельнае. Тэрміновая шпіталізацыя
Чыстацел	Сімптаматыка атручэння	Ірвота, слабасць, боль у жываце, панос, паніжэнне адчувальнасці
	Неадкладная дапамога	Прамыванне страўніка, солевае слабіцельнае, сімптаматычнае лячэнне. Тэрміновая шпіталізацыя

Атручэнні грыбамі. Грыбныя атручэнні ўзнікаюць пры ўжыванні ў ежу ядавітых грыбоў (бледнай паганкі, мухамора, ілжэапенькаў і інш.), пры недастатковай кулінарнай апрацоўцы ўмоўна ядомых грыбоў (страчкоў, смаржкоў, груздоў і інш.), а таксама спажыванні старых і папсаваных звычайных ядомых грыбоў (табл. 2). Асаблівасцю атручэння некаторымі грыбамі з'яўляецца ўстойлівасць іх таксінаў да тэрмічнай апрацоўкі (бледная паганка, мухамор).

Сімптомы атручэння *бледнай паганкай* узнікаюць праз 8—24 г пасля прыёму ежы і праяўляюцца рэзкім болем у жываце, ірвотай і інтэнсіўным паносам з прымессю крыві. Могуць адзначацца паніжэнне тэмпературы, сутаргі, жаўтуха, павелічэнне печані, расстойства сардэчнай дзейнасці з падзеннем крывянога ціску. Смерць настае праз 2—3 дні на фоне з'яў сардэчна-сасудзістай і ныркава-пячоначнай недастатковасці.

Табліца 2

Сімптаматыка атручэння ядавітымі грыбамі

Назва грыба	Сімптаматыка атручэння	Неадкладная дапамога
Бледная паганка. Утрымлівае таксіны, якія не разбураюцца пры тэрмічнай апрацоўцы, сушцы і хутка ўсмоктваюцца ў страўніку	Інкубацыйны перыяд 6—24 г. Няспынная рвота і боль у жываце, крывавы панос, рэзкая слабасць, парушэнне водна-электралітнага балансу, вострая сардэчна-сасудзістая недастатковасць, галюцынацыі. На 2—3-я суткі павялічваецца печань, з'яўляецца жаўтуха, ныркава-пячоначная недастатковасць	Прамыванне страўніка, солевае слабіцельнае. Тэрміновая шпіталізацыя

Заканчэнне табл. 2

Назва грыба	Сімптаматыка атручэння	Неадкладная дапамога
Мухамор. Таксіны часткова разбураюцца пры тэрмічнай апрацоўцы	Інкубацыйны перыяд 1—6 г. Слабасць, рвота, слінавыдзяленне, выдзяленне пеністай макроты з бронхаў, боль у жываце, панос, задышка, цыяноз, галюцынацыі, сутаргі, страта прытомнасці, пашырэнне зрэнак	Прамыванне страўніка, солевае слабіцельнае. Тэрміновая шпіталізацыя
Страчкі, смаржкі. Таксіны разбураюцца пры тэрмічнай апрацоўцы. Атручэнне развіваецца пасля ўжывання дрэнна адвараных грыбоў	Рвота, боль у жываце, панос, паражэнне нырак, жаўтуха	Прамыванне страўніка, актываваны вугаль. Тэрміновая шпіталізацыя

Сімптомы атручэння *страчкамі і смаржкамі* праяўляюцца праз 6—10 г пасля іх ужывання болямі ў жываце, млоснасцю, ірвотай з прымессю жоўці, часам паносам. Пры цяжкім атручэнні развіваецца жаўтуха, павялічваюцца печань і селязёнка, разбураюцца эрытрацыты крыві, нарастае сардэчна-сасудзістая недастатковасць, узнікаюць сутаргі і страта прытомнасці, што пры адсутнасці меддапамогі прыводзіць да смерці.

Пры атручэнні *чырвоным мухаморам* сімптомы праяўляюцца праз 30 мін або пазней (да 6 г) у выглядзе млоснасці, ірвоты, вадзяністага стулу, інтэнсіўнага потавыдзялення, сліна- і слёзацячэння, павялічанай перыстальтыкі, галавакружэння, галюцынацый, рэзка звужаных зрэнак. У цяжкіх выпадках развіваецца ступарозны і каматозны стан.

Першая медыцынская дапамога пры атручэннях грыбамі заключаецца ў прамыванні страўніка з наступным прыёмам узважанага ў вадзе актываванага вугалю і солевага слабіцельнага для ачышчэння кішэчніка. Для правядзення комплекснага лячэння хворых транспартуюць у лячэбную ўстанову.

Прафілактыка атручэнняў ядавітымі раслінамі і грыбамі заключаецца ў выкананні наступных правіл: 1) не спажываць незнаёмыя расліны і грыбы; 2) не дазваляць дзецям, асабліва малодшага ўзросту, самастойна, без кантролю дарослых збіраць ягады і грыбы; 3) не прымаць лекаў, прыгатаваных у дамашніх умовах на аснове раслін, без узгаднення з урачом; 4) не павялічваць самаадвольна дозу лекаў, прыгатаваных на аснове раслін.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое атручэнне?
2. Назавіце асноўныя спосабы барацьбы з вострымі атручэннямі.
3. У чым заключаецца неадкладная дапамога пры:
   а) атручэнні хлорам, аміякам, серавадародам, аксідам вугляроду;
   б) атручэнні воцатнай эсенцыяй і шчолачамі;
   в) вострым атручэнні алкаголем (яго сурагатамі), прэпаратамі бытавой хіміі;
   г) атручэнні ядавітымі раслінамі і грыбамі?

Раздзел 2 ЛЕКАВЫЯ ПРЭПАРАТЫ І РАСЛІНЫ

2.1. ПАНЯЦЦЕ АБ ЛЕКАВЫМ ПРЭПАРАЦЕ

Медыцынскую практыку сёння немагчыма ўявіць без ужывання найшырэйшага спектру лекавых рэчываў натуральнага або штучнага паходжання, якія выкарыстоўваюцца для лячэння, прафілактыкі і дыягностыкі захворванняў. Лекавае рэчыва — гэта, як правіла, хімічнае злучэнне або хімічны элемент. Крыніцай атрымання лекавых рэчываў з'яўляецца лекавая сыравіна. Распаўсюджанай і даўно вядомай лекавай сыравінай прыроднага паходжання з'яўляюцца разнастайныя дзікарослыя і культурныя расліны, органы і тканкі розных жывёл, прадукты жыццядзейнасці бактэрый і грыбоў, з якіх вылучаюць ферменты, антыбіётыкі, вітаміны, гармоны і іншыя біялагічна актыўныя рэчывы. Сёння ў якасці лекавай сыравіны шырока выкарыстоўваюцца некаторыя прадукты хімічнай вытворчасці, якія прайшлі адпаведную апрацоўку, і сінтэтычныя рэчывы.

Лекавы прэпарат — гэта пэўны лекавы сродак у гатовым для ўжывання выглядзе. Лекавы прэпарат можа ўтрымліваць адно або некалькі лекавых рэчываў у чыстым выглядзе або ў злучэнні з цвёрдымі або мяккімі напаўняльнікамі, у саставе раствораў і да т. п. Колькасць выпускаемых фармацэўтычнай прамысловасцю лекавых прэпаратаў вымяраецца тысячамі найменняў. Штогод іх асартымент абнаўляецца: спыняецца вытворчасць адных і пачынаецца вытворчасць іншых, больш эфектыўных.

Лекавыя прэпараты паводле розных прымет (напрыклад, па прызначэнні, хімічнай прыродзе, крыніцах атрымання і да т. п.) аб'ядноўваюцца ў розныя групы.

Па характары ўздзеяння ўсе лекавыя рэчывы дзеляцца на:

1) ядавітыя, якія адносяцца да спісу А;

2) менш ядавітыя, так званыя моцнадзейныя, якія ўключаюцца ў спіс Б;

3) розныя малаядавітыя рэчывы агульнага спісу.

У аптэках і лячэбных установах ядавітыя рэчывы захоўваюць у металічных сейфах з сігналізацыяй. Моцнадзейныя лекавыя рэчывы захоўваюць у спецыяльных шафах. Пад асаблівым кантролем знаходзяцца прэпараты з наркатычным дзеяннем, прызначаныя для цяжкахворых з пастаянна выражаным болевым сіндромам. Строгія правілы ўліку, захавання і выкарыстання ядавітых, моцнадзейных і наркатычных сродкаў абумоўлены такімі небяспечнымі з'явамі, як таксікаманія і наркаманія. Пры гэтым прэпараты строга размяркоўваюць па фармакалагічных групах: сардэчныя сродкі, антыбіётыкі, абязбольваючыя і г. д. Гаручыя, выбуханебяспечныя, пахучыя, сыпучыя і вадкія рэчывы захоўваюцца ў асобных шафах. Сродкі для ін'екцый унутранага і вонкавага ўжывання размяшчаюць на асобных паліцах з пазначэннем на этыкетцы «Для ін'екцый», «Вушныя каплі», «Вочныя каплі» і інш. Лекавыя прэпараты, якія пры пакаёвай тэмпературы хутка становяцца непрыгоднымі (настоі, адвары, антыбіётыкі, вакцыны, сывараткі, донарская кроў і інш.), захоўваюцца ў халадзільніку.

Лекавыя формы — гэта зручныя для ўжывання і рацыянальныя для лячэбнага эфекту формы лекавых прэпаратаў. Адрозніваюць цвёрдыя, мяккія, вадкія і газападобныя лекавыя формы, а таксама лекавыя формы для ін'екцый.

Таблеткі — цвёрдая дазаваная лекавая форма, атрыманая прэсаваннем сумесі лекавых і дапаможных рэчываў. Яны прызначаюцца для прыёму ўнутр, а таксама для падрыхтоўкі раствораў. Таблеткі, якія ўтрымліваюць адно лекавае рэчыва, называюцца простымі, некалькі — складанымі па саставе.

Дражэ — цвёрдая лекавая форма для ўнутранага ўжывання, атрыманая шляхам наслойвання (дражыравання)

лекавых сродкаў і дапаможных рэчываў на цукровыя гранулы.

Парашкі — цвёрдая лекавая форма, галоўная ўласцівасць якой — сыпкасць, прызначаная для ўнутранага, вонкавага (прысыпкі) або ін'екцыйнага (пасля растварэння) ужывання. Адрозніваюць простыя і складаныя, недазаваныя (ужываюцца вонкава як прысыпкі) і дазаваныя (ужываюцца ўнутр) парашкі.

Капсулы — спецыяльна прыгатаваныя жэлацінавыя абалонкі, напоўненыя пэўнай дозай парашкападобных, грануляваных, пастападобных, паўвадкіх ці вадкіх лекавых рэчываў. Прызначаны для прыёму ўнутр, дзе лекі выходзяць з абалонкі пасля яе растварэння ў стрававальным асяроддзі.

Гранулы — цвёрдая лекавая форма ў выглядзе аднародных часціц (памерам 0,2—0,3 мм). У састаў гранул уваходзяць лекавыя і дапаможныя рэчывы (цукар, крухмал, сіроп, глюкоза і інш.), якія паляпшаюць смак і растваральнасць прэпарата.

Зборы лекавыя — здробненыя часткі лекавых раслін. Ужываюцца пасля настойвання ці заварвання.

Акрамя таго, да цвёрдых лекавых форм адносяцца плёнкі і пласцінкі, гласеты, карамелі, прыпаркі, растваральныя таблеткі. ***Плёнкі і пласцінкі*** — спецыяльныя лекавыя формы, у якіх лекавыя рэчывы ўведзены ў палімерную аснову. ***Гласеты*** — невялікія таблеткі, якія пры ўжыванні закладваюць за шчаку і пад язык. ***Карамелі*** — лекавая форма, прыгатаваная па тыпе цукерак, прызначаная для лячэння захворванняў слізістай абалонкі поласці рота. ***Прыпаркі*** — паўцвёрдыя прэпараты, якія выкарыстоўваюцца для нанясення на скуру з мэтай мясцовага ўзмацнення кровазвароту (аказваюць таксама процізапаленчае і антысептычнае дзеянне). ***Раствальныя таблеткі*** выкарыстоўваюць для ўнутранага ўжывання пасля растварэння ў вадзе.

Да мяккіх лекавых форм адносяцца мазі, пасты, супазіторыі і пластыры.

Мазі, пасты — лекавыя формы вязкай кансістэнцыі, якія ўжываюцца часцей за ўсё вонкава пры лячэнні скурных захворванняў.

Супазіторыі — дазіраваная лекавая форма, цвёрдая пры пакаёвай тэмпературы і растваральная або расплаўляльная пры тэмпературы цела. Выкарыстоўваюцца для ўвядзення ў прамую кішку і похву.

Пластыры — лекавая форма ў выглядзе пластычнай масы, здольная размякчацца пры тэмпературы цела і прыліпаць да скуры, або такая ж маса на пласкай, часцей тканай аснове. Ужываюцца галоўным чынам для ўздзеяння на скуру.

Да вадкіх лекавых форм належаць растворы, настоі, адвары, настойкі, экстракты, эмульсіі, суспензіі, аэразолі, мікстуры, аплікацыі, крэмы, сіропы.

Растворы — празрыстыя вадкасці, атрыманыя шляхам растварэння аднаго або некалькіх лекавых рэчываў у растваральніку (дыстыляваная вада, этылавы спірт).

Настоі і ***адвары*** — водныя выцяжкі з лекавых раслін. Іх часцей за ўсё гатуюць з высушаных зялёнай масы або каранёў лекавых раслін. Дазуюць сталовымі лыжкамі або мернымі шклянкамі. Ідуць на пітное лячэнне, для прыгатавання лячэбных ваннаў.

Настойкі — спіртавыя выцяжкі з раслiннай сыравіны, атрыманыя без награвання. Ужываюцца ўнутр, дазуюцца каплямі.

Экстракты — канцэнтраваныя выцяжкі з лекавых раслін, могуць мець розную кансістэнцыю, таму бываюць вадкія, густыя і сухія. Перад выкарыстаннем могуць пры неабходнасці разбаўляцца да патрэбнай канцэнтрацыі.

Эмульсіі і суспензіі — дысперсныя лекавыя формы (сістэмы), у якіх дысперсным асяроддзем з’яўляецца вадкасць (вада, масла і інш.), а дысперснай фазай — нерастваральныя ў ёй іншыя вадкасці або завіслыя цвёрдыя дробныя часціцы (парашок). Прызначаюцца як для вонкавага, так і для ўнутранага або ін’екцыйнага (пад скуру, у мышцу, у поласць цела) ужывання.

Аэразолі — дысперсныя лекавыя формы (сістэмы), у якіх дысперсным асяроддзем з'яўляецца газ або газавая сумесь, а дысперснай фазай — вадкія (зрэдку найдрабнейшыя часціцы цвёрдых) лекавыя рэчывы. Ужываюцца для мясцовага распылення на скуру, слізістыя абалонкі або для інгаляцый.

Мікстуры — вадкая лекавая форма, якая ўяўляе сабой сумесь двух і больш лекавых сродкаў, змешчаных ва ўзважаным (радзей — раствораным) стане ў вадкасці. Вадкую аснову мікстур стварае вада.

Аплікацыі — вадкія або мазепадобныя прэпараты, прызначаныя для нанясення на скуру з мэтай лячэння яе паражэнняў або для знішчэння паразітаў.

Бальзамы — вадкасці з араматычным пахам, атрыманыя з раслін (эфірныя смолы, масла і інш.). Выкарыстоўваюцца як антысептычныя сродкі і дэзадаранты.

Крэмы — паўвадкія прэпараты, менш вязкія, чым мазі; у іх састаў акрамя лекавых сродкаў уваходзяць масла, тлушчы і іншыя прадукты. Ужываюцца вонкава.

Сіропы — густаватыя, празрыстыя, салодкія вадкасці для прыёму ўнутр. Асноўнае прызначэнне сіропаў — паляпшэнне смаку лекавых рэчываў.

2.1.1. Асноўныя групы лекавых прэпаратаў

Усе лекавыя прэпараты па механізме дзеяння на органы і сістэмы падзяляюць на асобныя групы. Адну з асноўных груп утвараюць прэпараты, якія ўздзейнічаюць на стан цэнтральнай нервовай сістэмы. Адны з іх дзейнічаюць на нервовую сістэму прыгнятальна (сродкі для наркозу, снатворныя, процісутаргавыя, псіхатропныя), другія — узбуджаюць яе (кафеін, фенамін і інш.); трэція з'яўляюцца абязбольваючымі — гэта наркатычныя і ненаркатычныя анальгетыкі, якія памяншаюць боль без парушэння свядомасці. Шэраг лекавых рэчываў уздзейнічае на розныя звёны перадачы нервовых імпульсаў у сінапсах (месцах кантакту нервовых клетак паміж сабой ці з клеткамі тканак) або толькі на канчаткі адчувальных нерваў.

Важнай для лячэбнай практыкі групай лекавых прэпаратаў з'яўляюцца сродкі, якія ўздзейнічаюць на сардэчнасасудзістую сістэму. Іншыя групы лекавых рэчываў забяспечваюць узмацненне выдзяляльнай функцыі нырак, валодаюць жаўцягонным дзеяннем, уплываюць на працэсы абмену рэчываў і імунную сістэму. У групу procімікробных сродкаў аб'ядноўваюцца лекавыя рэчывы, якія ўжываюцца для барацьбы з мікраарганізмамі — узбуджальнікамі захворванняў чалавека і жывёл (антысептычныя сродкі і сродкі для дэзінфекцыі, антыбіётыкі, сульфаніламіды і інш.). Акрамя таго, існуюць групы прэпаратаў для лячэння злаякасных новаўтварэнняў, дыягностыкі.

2.1.2. Механізм дзеяння лекавых прэпаратаў

Кожнаму арганізму ўласціва індывідуальная адчувальнасць да лекавых прэпаратаў, і гэта павінна ўлічвацца пры назначэнні лячэння.

Доза — гэта колькасць лекавага рэчыва, прызначанага для лячэння. У залежнасці ад парадку прыёму і працяглласці лячэння яна можа быць разовай, сутачнай, курсавой. Адрозніваюць таксама дозы мінімальныя і максімальна дапушчальныя, таксічныя і смяротныя. У рэцэптурных даведніках прыводзяцца як сярэднетэрапеўтычныя, так і максімальна дапушчальныя дозы. У рэцэптах назначаюцца сярэднія лячэбныя дозы. Дзецям лекавыя рэчывы назначаюць у меншых дозах, чым дарослым.

Лекавыя сродкі назначаюць для атрымання пэўнага эфекту. *Галоўным* дзеяннем называецца вядучы, найбольш выразны эфект лекавага прэпарата, якім у першую чаргу абумоўліваецца яго тэрапеўтычнае прымяненне. Аднак практычна ўсе рэчывы валодаюць *пабочным* дзеяннем, г. зн. выклікаюць непажаданыя эфекты. Так, напрыклад, ацэтылсаліцылавая кіслата (аспірын), пры эфектыўным уздзеянні на асноўныя паталагічныя працэсы, у той жа час моцна раздражняе слізістую абалонку страўніка, часам выклікае слабасць, ірвоту, скурныя высыпанні і інш. Пабочнае

дзеянне лекавых рэчываў можа праяўляцца ў выглядзе эфектаў алергічнага і неалергічнага паходжання.

Пры назначэнні хвораму адначасова двух і больш прэпаратаў неабходна памятаць, што іх дзеянне можа мець камбінаваны характар і праяўляцца ў двух варыянтах — сінергізму і антаганізму. Пад ***сінергізмам*** разумеюць выпадкі, калі камбінаванае дзеянне лекавых рэчываў суправаджаецца ўзмацненнем канчатковага эфекту кожнага з кампанентаў (напрыклад, так узаемадзейнічаюць сродкі для наркозу). Для ***антаганізму***, наадварот, характэрна паслабленне эфекту лекавых рэчываў пры іх спалучаным прымяненні.

Дзеянне аднаго і таго ж лекавага прэпарата, які ўводзіцца ў арганізм паўторна і не выклікае алергічных рэакцый, з часам можа якасна мяняцца: арганізм можа прывыкаць да яго, а можа ўзнікнуць так званая лекавая залежнасць. ***Прывыканне*** — паслабленне эфекту пры паўторным увядзенні лекавага рэчыва, абумоўленае памяншэннем яго засваення, павелічэннем скорасці разбурэння і павышэннем інтэнсіўнасці вывядзення. Прывыканне ўзнікае да псіхатропных, мачагонных, гіпатэнзіўных (паніжаючых артэрыяльны ціск) сродкаў, антыбіётыкаў і інш. У некаторых выпадках развіваецца ***лекавая залежнасць***, якая характарызуецца моцным, часам непераадольным імкненнем да сістэматычнага ўжывання пэўных лекавых і іншых рэчываў, якія выклікаюць у чалавека стан фізічнага і псіхічнага спакою, радасці, добрага настрою. Такі стан называецца эйфарыяй. У найбольшай ступені гэта датычыцца наркатычных абязбольваючых сродкаў (напрыклад, марфіну), псіхатропных прэпаратаў, спірту этылавага і г. д.

Адрозніваюць псіхічную і фізічную лекавую залежнасць. Пры *псіхічнай* лекавай залежнасці спыненне ўвядзення прэпарата выклікае эмацыянальны дыскамфорт. У выпадку *фізічнай* лекавай залежнасці адмена прэпарата выклікае цяжкі стан, звязаны не толькі з псіхічнымі зменамі, але і з расстройствам функцый многіх сістэм арганізма, якое прыводзіць нярэдка да смяротнага зыходу.

Некаторыя лекавыя рэчывы пры працяглым прымяненні або пры прыёме ў вялікіх дозах могуць назапашвацца

(кумуліравацца) у арганізме. Пры паўторным увядзенні гэтых лекаў можа назірацца з'ява ***сенсібілізацыі*** арганізма — павышанай яго адчувальнасці да лекаў. Яе выклікаюць, напрыклад, некаторыя антыбіётыкі, снатворныя, анальгетыкі, гармоны, вітаміны. З'яўленне першых прымет сенсібілізацыі павінна разглядацца як сігнал да адмены назначаных сродкаў і ўнясення ў лячэнне адпаведных карэктываў. Часам маюць месца выпадкі павышанай адчувальнасці пацыента да асобных лекавых рэчываў — так званай ***ідыясінкразіі***. У такіх асоб ужо самыя мінімальныя дозы лекаў выклікаюць таксічнае дзеянне.

Адрозніваюць некалькі відаў лекавай тэрапіі: *прафілактычная* — ужыванне лекавых сродкаў накіравана на прадухіленне пэўных захворванняў; *этыятропная* — на ліквідацыю прычыны захворвання; *сімптаматычная* — на ўстараненне непажаданых сімптомаў, што аказвае ўплыў і на працяканне асноўнага паталагічнага працэсу; *замяшчальная* — выкарыстоўваецца пры недахопе натуральных біягенных рэчываў (напрыклад, гармонаў).

2.1.3. Рэакцыі арганізма на ўвядзенне лекавых сродкаў. Ускладненні

Акрамя станоўчага лячэбнага эфекту многія лекавыя сродкі могуць выклікаць непажаданыя рэакцыі, а ў некаторых выпадках прывесці да цяжкіх ускладненняў і нават лятальнага зыходу. Адрозніваюць наступныя віды пабочных эфектаў і ўскладненняў: 1) пабочныя эфекты, звязаныя з лячэбнай актыўнасцю лекавых сродкаў; 2) таксічныя ўскладненні, абумоўленыя передазіроўкай прэпарата; 3) другасныя эфекты (паніжэнне імунітэту, гіпавітаміноз, дысбактэрыёз і інш.); 4) алергічныя рэакцыі; 5) сіндром адмены, які ўзнікае пры спыненні прыёму лекавага прэпарата.

Сярод пабочных рэакцый часта сустракаюцца эфекты, звязаныя з лячэбнымі ўласцівасцямі прэпарата ў тэрапеўтычнай дозе. Так, некаторыя прэпараты акрамя асноўнага ўздзеяння на цэнтральную нервовую сістэму выклікаюць

сухасць у роце, затрымку выдзялення мачы, парушэнні зроку, запоры і інш. Таксічныя рэакцыі могуць узнікнуць пры працяглым ужыванні прэпарата. Парушэнне імуналагічных уласцівасцей арганізма магчыма пры ўжыванні высокаактыўных антыбіётыкаў і іншых процімікробных сродкаў, якія выклікаюць змяненне нармальнай бактэрыяльнай мікрафлоры (дысбактэрыёз, суперінфекцыя і інш.). Сіндром адмены ўзнікае пры раптоўным спыненні прыёму лекавых сродкаў і праяўляецца рэзкім абвастрэннем асноўнага захворвання. Некаторыя медыцынскія прэпараты выклікаюць змяненні крыві, аказваюць таксічнае ўздзеянне на печань, ныркі і мышцу сэрца. Акрамя пералічаных рэакцый магчымы парушэнні з боку нервовай сістэмы (дэпрэсія, сутаргі, страта слыху і інш.). Некаторыя лекавыя сродкі аказваюць негатыўнае ўздзеянне і на орган зроку.

Алергічныя рэакцыі абумоўлены спецыфічнымі працэсамі ў арганізме і не звязаны з дозай лекавага прэпарата. Адрозніваюць два тыпы рэакцый, якія могуць быць выкліканы лекавымі сродкамі: 1) рэакцыя неадкладнага тыпу (анафілактычны шок, крапіўніца, сып і інш.); 2) рэакцыя запаволенага тыпу (паражэнне суставаў, сасудаў, лімфатычных вузлоў), якая праяўляецца праз 10—15 дзён. Найбольш часта сустракаюцца розныя паражэнні скуры: сверб, сып і інш. Звычайна высыпанні ўзнікаюць праз некалькі дзён пасля пачатку прыёму прэпарата. У большасці выпадкаў сып праходзіць праз 3—4 дні пасля адмены лекавага сродку. Алергічнае кантактнае паражэнне скуры часцей развіваецца пры мясцовым ужыванні мазей, крэмаў, аэразолей і інш.

Крапіўніца — праяўленне алергіі, якое пачынаецца раптоўна з інтэнсіўнага свербу скуры на розных участках цела, а часам і па ўсёй яго паверхні. Хутка на месцы свербу ўзнікаюць пачырванелыя ўчасткі сыпу, першасным элементам якіх з’яўляецца пузыр. Велічыня іх можа быць рознай: ад зусім дробных да вялікіх. Прыступ вострай крапіўніцы можа суправаджацца слабасцю, галаўным болем, недамаганнем, павышэннем тэмпературы цела. ***Ацёк Квінке*** — алергічнае захворванне, якое распаўсюджваецца на скуру, падскурную

клятчатку, слізістыя абалонкі і характарызуецца яркавыражанай ацёчнасцю твару. Выклікаецца самымі разнастайнымі алергенамі або іх спалучэннем (харчовыя прадукты, медыкаменты, бактэрыі, касметычныя сродкі і інш.). Агульныя лячэбныя мерапрыемствы гэтых захворванняў накіраваны на адмену лекавых прэпаратаў, выключэнне харчовых прадуктаў, якія выклікалі алергію, галаданне і хуткае вывядзенне алергенаў з арганізма шляхам паўторных ачышчальных клізм або прыёму актываванага вугля. ***Анафілактычны шок*** — від алергічнай рэакцыі неадкладнага тыпу, які ўзнікае пры паўторным увядзенні ў арганізм алергену і з'яўляецца найбольш небяспечным алергічным ускладненнем. Характарызуецца імклівым развіццём, бурным праяўленнем, цяжкім працяканнем. Як правіла, у хворых узнікае пачуццё удушша, боль у грудной клетцы, галавакружэнне. Нарастаюць з'явы дыхальнай і сардэчна-сасудзістай недастатковасці. Могуць з'явіцца скурныя прыметы алергіі, слёзацячэнне, заложанасць носа і інш. Асноўнымі прынцыпамі неадкладнай дапамогі пры анафілактычным шоку з'яўляюцца хуткасць і дакладнасць выканання лекавых назначэнняў. Першым чынам неабходна спыніць увядзенне лекавага прэпарата або іншых алергенаў, накласці жгут вышэй месца ўвядзення алергена. Пры неабходнасці праводзяць закрыты масаж сэрца, штучную вентыляцыю лёгкіх, саграваюць хворага і тэрмінова транспартуюць у лячэбную ўстанову.

Вострыя лекавыя атручэнні. Значную колькасць бытавых атручэнняў састаўляюць атручэнні лекавымі прэпаратамі. Яны адбываюцца ў выніку самалячэння, спроб самагубства псіхічна неўраўнаважанымі асобамі, пры неасцярожным захоўванні медыкаментаў, калі да іх маюць доступ дзеці. Снатворныя і супакаяльныя лекі сталі самай распаўсюджанай прычынай бытавых медыкаментозных атручэнняў. Пры падазрэнні на лекавае атручэнне хвораму (калі ён у прытомнасці) даюць багатае пітво і выклікаюць ірвоту, такую працэдуру паўтараюць некалькі разоў, потым дастаўляюць у лячэбную ўстанову.

2.1.4. Дамашняя і дарожная аптэчкі. Санітарная сумка

У кожнай сям’і павінна быць **дамашняя аптэчка** з наборам асноўных лекавых сродкаў. Яе варта трымаць у асобнай шафе або ў асобным месцы, недаступным для дзяцей. Ад правільнасці захавання лекавых рэчываў шмат у чым залежыць поспех лячэння. Лекавыя сродкі павінны захоўвацца ў халодным, сухім і цёмным месцы, мець выразныя надпісы з пазначэннем назвы прэпарата і ўказаннем тэрміну іх захавання ці прыгоднасці. Нельга захоўваць у аптэчцы прэпараты, назвы і спосаб ужывання якіх невядомы.

Прэпараты, якія ў звычайных умовах хутка прыходзяць у непрыгоднасць, змяшчаюцца ў халадзільнік. Тэрмін захавання ў халадзільніку прыгатаваных у аптэках стэрыльных раствораў, адвараў, мікстур не павінен перавышаць 3 дзён. Лекавыя сродкі, якія разбураюцца пры святле, захоўваюць у зацемненых месцах. Прыметамі іх непрыгоднасці з’яўляюцца памутненне, змяненне колеру, кансістэнцыі прэпарата і да т. п. Непрыгоднымі для ўжывання лічацца таксама парашкі і таблеткі з закончаным тэрмінам выкарыстання і тыя, у якіх змяніліся знешнія прыметы.

У дамашняй аптэчцы рэкамендуецца мець наступныя лекавыя прэпараты і сродкі:

- антыбіётыкі, якія ўжываюцца пры інфекцыйных захворваннях;
- абязбольваючыя, гарачкапаніжальныя, процізапаленчыя прэпараты;
- проціалергічныя сродкі;
- сасударасшыральныя сродкі;
- прэпараты, якія ўжываюцца пры нервовым узбуджэнні, бяссонніцы, неўрозах;
- спазмалітычныя сродкі;
- 5—10 %-ны спіртавы раствор ёду для змазвання скуры ў якасці антысептычнага сродку;

- перманганат калію, слабы раствор якога выкарыстоўваецца ў якасці сродку для дэзінфекцыі;
- раствор Люголя для змазвання слізістых абалонак глоткі і гартані пры іх запаленні;
- шкіпінарнае масла для ўціранняў у скуру пры мышачным болю, неўралгіях і інш.;
- нашатырны спірт (10 %-ны водны раствор аміяку) для ўдыхання яго пароў пры страце прытомнасці, вострых атручэннях алкаголем;
- спіртавы раствор брыльянтавай зелені — антысептычны сродак, які абеззаражвае мікраарганізмы;
- натрыю гідракарбанат (пітная сода) для паласкання горла;
- актываваны вугаль (карбален), які выкарыстоўваецца пры харчовых, хімічных атручэннях;
- нітрагліцэрына (таблеткі, капсулы, спіртавы раствор) як спазмалітычны сродак пры стэнакардыі.

Акрамя таго, неабходна мець набор прадметаў для догляду хворых: бінты, гарчычнікі, грэлкі, жгут гумовы для спынення крывацёку, тоўстую кампрэсную паперу, піпеткі для закапвання лекаў у нос, вочы і вушы, лейкапластыр, медыцынскі тэрмометр, кружку Эсмарха і грушу для клізм і спрынцаванняў.

Патэнцыяльная небяспека трапіць у дарожна-транспартнае здарэнне патрабуе абавязковай наяўнасці ў кожным аўтамабілі **дарожнай аптэчкі вадзіцеля**. У адпаведнасці з новымі патрабаваннямі ў ёй павінны быць: анальгін, ацэтылсаліцылавая кіслата, нітрагліцэрына, валідол, вугаль актываваны, карвалол, раствор сульфацылу натрыю, ёду раствор спіртавы 5 %-ны, брыльянтавай зелені раствор 1 %-ны, аміяку раствор 10 %-ны, жгут кроваспыняльны, бінты медыцынскія: стэрыльны, нестэрыльны, эластычны, сурвэткі стэрыльныя, лейкапластыр бактэрыцыдны, вата, партатыўны гіпатэрмічны (які ахалоджвае) пакет, устройства для правядзення штучнага дыхання, нажніцы тупаканцовыя, пальчаткі медыцынскія, прэзерватывы.

Санітарная сумка — стандартызаваны набор лекавых і перавязачных сродкаў, а таксама некаторых прадметаў для аказання першай медыцынскай дапамогі, размешчаных у пэўным парадку ў спецыяльнай укладцы. З’яўляецца абавязковым элементам экіпіроўкі санітарных дружын. У санітарнай сумцы знаходзяцца:

- лекавыя сродкі — сардэчна-сасудзістыя (валідол, нітрагліцэрына), абязбольваючыя (анальгін) і інш.;
- гідракарбанат натрыю, 10 %-ны водны раствор аміяку (нашатырны спірт) у ампулах, спіртавы раствор ёду;
- перавязачныя сродкі — марлевыя бінты, гіграскапічная і кампрэсная вата, індывідуальныя перавязачныя пакеты, вялікія і малыя сурвэткі, перавязачны матэрыял для павязак на галаву, каленны сустаў, ступню і інш.;
- металічныя сеткаватыя шыны для імабілізацыі верхніх канечнасцей;
- лейкапластыр, шпількі, кроваспыняльны жгут, садовы нож, нажніцы, блакнот і аловак, спіртавы раствор ёду, тэрмометр, лямкі насілкавыя, пляшка для вады, мензурка.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое лекавы прэпарат? Дайце характарыстыку асноўным групам лекавых прэпаратаў.
2. Назавіце асноўныя лекавыя формы.
3. Раскажыце пра рэакцыі арганізма на ўвядзенне лекавых прэпаратаў.
4. Раскажыце пра дазіроўку лекавых прэпаратаў.
5. Назавіце магчымыя ўскладненні медыкаментознай тэрапіі.
6. Назавіце лекавыя прэпараты і прылады для захавання ў дамашняй і дарожнай аптэчках, санітарнай сумцы.

2.2. ЛЕКАВЫЯ РАСЛІНЫ Ў ЖЫЦЦІ ЧАЛАВЕКА

Разнастайныя прэпараты, якія атрымліваюць на аснове раслiннай сыравіны, складаюць каля 30 % усіх сучасных медыкаментозных сродкаў. Існуюць вялікія групы лекаў, сярод якіх прэпараты расліннага паходжання займаюць вядучае месца: сардэчна-сасудзістыя сродкі, танізуючыя і заспакаяльныя, адаптагены і інш. Аднак з часам прыродныя запасы лекавых траў значна паменшыліся. Напрыклад, радзей можна знайсці ў дзікарослым стане нават звычайны рамонак аптэчны, паменшыліся запасы валяр'яну лекавага, аеру балотнага і многіх іншых, а некаторыя лекавыя расліны на тэрыторыі Беларусі занесены ў Чырвоную кнігу, ім пагражае поўнае знішчэнне або знікненне. Рацыянальнае выкарыстанне прыродных рэсурсаў наогул і карысных для здароўя раслін у прыватнасці — абавязак кожнага грамадзяніна.

Умоўна лекавыя расліны падзяляюць на дзікарослыя і культурныя, дрэўныя і кустовыя, лясныя, лугавыя і балотныя. Да іх таксама адносяць шматлікія віды грыбоў, лішайнікаў і водных раслін. Тэрапеўтычнае дзеянне прэпаратаў з лекавых раслін звязваюць з наяўнасцю ў іх біялагічна актыўных рэчываў. Колькасць такіх рэчываў у раслінах можа мяняцца на працягу сутак у залежнасці ад узросту, месца, дзе растуць расліны, пары года. Значна ўплываць на ўтрыманне карысных рэчываў у раслінах могуць і некаторыя экалагічныя фактары — асветленасці, вільготнасці, механічнага саставу глебы. Усё гэта трэба ўлічваць пры зборы раслін.

Правілы і тэрміны збору лекавых раслін. Збіраць лекавыя расліны неабходна так, каб захаваць у іх максімальную колькасць біялагічна актыўных рэчываў і, акрамя таго, не пашкодзіць папуляцыі раслін, захаваць іх здольнасць да самааднаўлення. Існуюць пэўныя правілы збору лекавых раслін, іх апрацоўкі і падрыхтоўкі прэпаратаў у дамашніх умовах.

Нарыхтоўваюць звычайна часткі раслін з найбольшай колькасцю лекавых кампанентаў з улікам сезону, пары

сутак і надвор'я. Лепшы час для збору пупышак — вясна, калі пупышкі набрынялі, але не лопнулі. У гэты час у іх асабліва многа смол і іншых актыўных рэчываў. Вялікія пупышкі зразаюць нажом з галінак, дробныя — разам з галінкамі або абрываюць, а затым сушаць. Кару збіраюць звычайна падчас руху сокаў. Яе здымаюць з трох-чатырохгадовых ствалоў і галін, пры гэтым робяць кольцападобныя ці падоўжныя надрэзы і адслойваюць. Лісце лепш збіраць у пачатку ці незадоўга да цвіцення, кветкі або суквецці — у пачатку цвіцення. Збор праводзяць у сухое надвор'е, кветкі перад сушкай або пасля яе сартуюць. Плады і насенне нарыхтоўваюць спелымі. Лісце, парасткі, кветкі збіраюць толькі ў здаровых раслін, не дазваляецца збор раслін, пашкоджаных насякомымі або грыбковымі хваробамі.

Забараняецца збіраць расліны ў забруджаных месцах (напрыклад, каля жывёльных двароў), на палях, апрацаваных гербіцыдамі і адразу пасля ўнясення мінеральных удабрэнняў, недалёка ад прамысловых прадпрыемстваў. Асабліва небяспечныя ў гэтым сэнсе абочыны і адхоны аўтамабільных дарог: выхлапныя газы ўтрымліваюць вялікую колькасць солей цяжкіх металаў і іншых шкодных для здароўя чалавека рэчываў, якія назапашваюцца раслінамі.

Карані і карэнішчы выкопваюць толькі ў спелых раслін — маладыя трэба пакідаць для аднаўлення папуляцыі. Пупышкі і асабліва кару рацыянальней нарыхтоўваць на ссечаных дрэвах ці кустах пры правядзенні высечак догляду. Пры зборы кветак, пладоў нельга абломваць галінкі. Расліны, занесеныя ў Чырвоную кнігу Рэспублікі Беларусь, не збіраюць. Сабраныя расліны перад сушкай перабіраюць, выдаляюць пашкоджаныя і забруджаныя экземпляры. Расклаўшы расліны тонкім слоем, сушаць у сухім памяшканні, якое добра праветрываецца (на гарышчы, пад страхой або павеццю), пазбягаючы пападання прамых сонечных прамянёў. Сушаць расліны і ў сушылках пры тэмпературы не вышэй за 50—60 °C. Высушаныя расліны захоўваюць у папяровых і палатняных мяшках, кардонных каробках. Тэрмін іх прыгоднасці розны, але звычайна не большы за

тры гады. Поспех лячэння залежыць ад правільнага прыгатавання з раслін лекавых прэпаратаў шляхам здабывання з іх актыўных рэчываў.

Правілы прыгатавання настояў і адвараў. Асноўнымі формамі выкарыстання лекавай раслiннай сыравіны з'яўляюцца настоі і адвары, якія ўяўляюць сабой водныя выцяжкі. Пры гэтым з больш мяккіх частак расліны (кветкі, лісце, парасткі) гатуюцца настоі, а з больш грубых (карані, карэнішчы, кара) — адвары. Перад экстракцыяй сыравіну абавязкова здрабняюць: лісце, кветкі — да часцінак памерам не большых за 5 мм, сцябло, кару, карані, карэнішчы — не большых за 3 мм, плады і насенне — не большых за 0,5 мм. Колькасць сыравіны, неабходная для атрымання настояў і адвараў, для большасці раслін бярэцца ў суадносінах 1 : 10 і 1 : 20, г. зн. з адной часткі здробненай сыравіны гатуецца дзесяць—дваццаць частак настою або адвару.

У дамашніх умовах водныя выцяжкі з лекавых раслін гатуюць звычайна без кіпячэння. Здробненую сыравіну заліваюць крутым кіпенем, посуд шчыльна закрываюць, уцяпляюць тоўстай тканінай і настойваюць на працягу ад 1 да 12 г. Больш працягла настойваюць падземныя органы раслін, плады і кару, менш працягла — травяністыя віды сыравіны. Посуд, прызначаны для настойвання лекавай сыравіны, павінен быць гліняным, эмаліраваным або шкляным, але ні ў якім разе не алюмініевым. Можна выкарыстоўваць тэрмас, што мае свае перавагі. Аднак працяглае (суткі і больш) захоўванне настояў у тэрмасе можа прывесці да хуткага развіцця акісляльных працэсаў. Лепш водныя выцяжкі з лекавых раслін гатаваць штодзённа, а калі гэта немагчыма, захоўваць у халодным месцы (халадзільніку), але не больш за двое сутак. Настоі і адвары дазуюць лыжкамі (сталовымі, дэсертнымі, чайнымі) па 3—4 разы на дзень.

Калі неабходна ўзмацніць лячэбнае дзеянне розных рэчываў, гатуюць настоі і адвары не з аднаго, а з некалькіх відаў раслін, якія добра дапаўняюць адзін аднаго. Гэта так званая лекавыя чаі ці зборы.

Курс лячэння прэпаратамі расліннага паходжання пры большасці хранічных захворванняў доўжыцца 25—35 дзён, паўторныя курсы прапісваюць пасля 10—15-дзённага перапынка.

Пытанні для паўтарэння

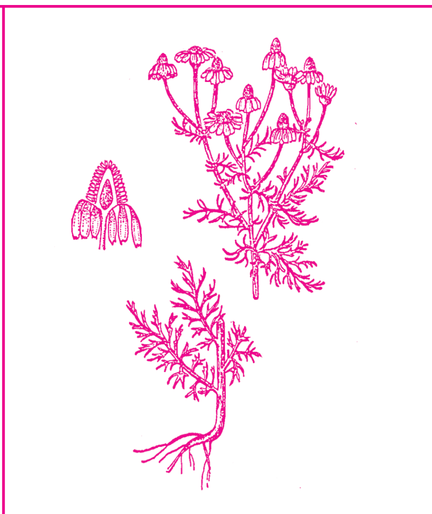
1. Раскажыце пра ролю лекавых раслін у жыцці чалавека.
2. Якія правілы неабходна выконваць падчас збору, сушкі і пры выкарыстанні лекавых раслін?
3. Якія часткі раслін ужываюцца ў якасці лекавых прэпаратаў?
4. Раскажыце пра правілы гатавання настояў і адвараў.

2.3. ЛЕКАВЫЯ РАСЛІНЫ БЕЛАРУСІ

Трыпутнік (падарожнік) вялікі (рыс. 27) — шматгадовая травяністая расліна вышынёй да 60 см. Расце на лугах, уздоўж дарог, прасек, на палянах. Лісце ўтрымлівае горкія і дубільныя рэчывы, карацін, вітаміны С і К, вялікую колькасць іншых рэчываў. Лісце трыпутніку збіраюць на працягу ўсяго лета і да глыбокай восені, сушаць у цяньку або ў сушылках пры тэмпературы 40—50 °С. Сок і настой з лісця выкарыстоўваюць пры гастрытах, паносах, язвавай хваробе страўніка і дванаццаціперснай кішкі і пры іншых захворваннях страўнікава-кішачнага тракта.

Рамонак аптэчны (лекавы) (рыс. 28) — шырока распаўсюджаная ў Беларусі аднагадовая травяністая расліна, якая расце ў садах, на агародах, каля жылля, на палях і ўздоўж дарог. Кветкавыя кошыкі без кветаножак збіраюць у стадыі поўнага цвіцення (чэрвень—ліпень), сушаць у цяньку або ў сушылках пры тэмпературы 35—40 °С. Эфірнае масла рамонку мае антысептычныя і процізапаленчыя ўласцівасці. Настой з кветак ужываюць для паласкання поласці рота і горла пры ангінах, ларынгітах і інш. Рамонак часта ўжываюць у камбінацыі з іншымі раслінамі.

Рыс. 27. Трыпутнік (падарожнік)



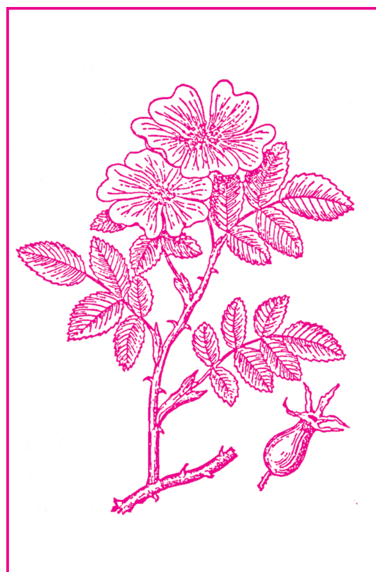
Рыс. 28. Рамонак аптэчны (лекавы)

Бяроза (гл. рыс. 29) расце ў Беларусі паўсюдна. З лячэбнай мэтай выкарыстоўваюць пупышкі, лісце, сок, а таксама дзёгаць з драўніны і бярозавы грыб (чагу). Пупышкі збіраюць зімой, ранняй вясной да іх распускання, калі яны набрынялыя; лісце збіраюць у маі падчас цвіцення, калі яно пахучае і ліпкае. Пупышкі бярозы ўтрымліваюць эфірнае масла, лісце — вітамін С, смолы, антыбіятычныя рэчывы з моцнымі процімікробнымі ўласцівасцямі. Настойка пупышак прымяняецца як мачагонны і жаўцягонны сродак. Са свежага лісця бярозы гатуюць настоі, адвары і настойкі, якія маюць мачагонныя і патагонныя ўласцівасці. З іх таксама робяць кампрэсы на суставы пры рэўматызме, неўралагічным болю. Бярозавы сок ужываецца пры некаторых захворваннях лёгкіх, бранхітах, туберкулёзе як агульнаўмацавальны сродак. Бярозавы вугаль з драўніны (карбален) — дробназярністы, нераставаральны ў вадзе чорны парашок без паху і смаку — выкарыстоўваецца як адсарбент пры харчовых атручэннях і іншых захворваннях. Настой бярозавага грыба (чагі) ужываюць пры язвавай хваробе, гастрытах, а таксама пры пухлінах як агульнаўмацавальны сродак.

Рыс. 29. Бяроза

Рыс. 30. Чарніцы

Чарніцы (рыс. 30) распаўсюджаны ў зоне хвойных, хвойна-бярозавых лясоў па ўсёй тэрыторыі Беларусі. Ягады ўтрымліваюць каля 12 % дубільных рэчываў, арганічныя кіслоты, цукры, вітаміны, мікраэлементы (медзь, марганец і інш.). Лісце багатае эфірным маслам, арганічнымі кіслотамі, а таксама рэчывамі, якія паніжаюць утрыманне ў крыві цукру. Ягады ў лячэбнай практыцы выкарыстоўваюць у выглядзе настояў, адвараў як вяжучы і дыетычны сродак пры вострых і хранічных расстройствах страўнікава-кішачнага тракта, асабліва ў дзяцей. Пры лёгкіх паражэннях кішэчніка ўжываюць чарнічны кісель або адвар сухіх чарніц (сталовую лыжку ягад заліваюць шклянкай кіпячонай вады, настойваюць 6—10 мін, працэджваюць і п'юць цёплым па 0,5 шклянкі 4 разы на дзень). Адвар ягад і лісця чарніц выкарыстоўваюць пры болях у страўніку, кішэчніку, мачавым пузыры. Спажыванне свежых і сушаных чарніц станоўча ўздзейнічае на кровазабеспячэнне сятчаткі вока, што паляпшае начны зрок. Настой лісця паніжае ўзровень глюкозы ў крыві і ўжываецца пры лячэнні цукровага дыябету.



Рыс. 31. Шыпшына

Рыс. 32. Валяр'ян лекавы

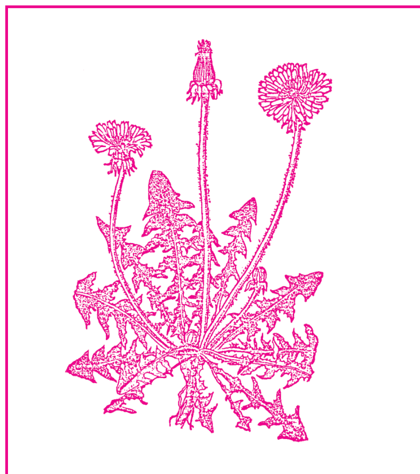
Шыпшына майская (карычная) (рыс. 31) сустракаецца па ўсёй тэрыторыі рэспублікі, расце на ўзлесках, палянах і ў далінах рэк. Збіраюць плады шыпшыны ў жніўні або верасні, калі яны становяцца чырвонымі або аранжава-чырвонымі. У мякаці пладоў шыпшыны ўтрымліваецца да 11 % вітаміну С, да 2,5 % вітаміну B_1 і B_2, а таксама арганічныя кіслоты, цукры, пекцінавыя рэчывы. У масле, якое атрымліваюць з насення, многа вітаміну Е. Чай і настой з шыпшыны аказваюць агульнатанізуючае, процізапаленчае, агульнаўмацавальнае ўздзеянне, паніжаюць узровень цукру ў крыві, нармалізуюць абменныя працэсы. Настой ужываецца для лячэння цукровага дыябету, памяншае ўзровень халестэрыну ў крыві, уплывае на скорасць асядання эрытрацытаў. Прэпараты з шыпшыны ўжываюцца для лячэння захворванняў скуры.

Валяр'ян лекавы (рыс. 32) — шматгадовая травяністая расліна. Сустракаецца па ўсёй тэрыторыі Беларусі, расце пераважна групамі на заліўных і забалочаных месцах, на ўзлесках. Каранёвая сістэма ў валяр'яну магутная, з характэрным пахам, складаецца з тоўстага, але кароткага ка-

рэнішча (3—4 см даўжынёй) і мноства ніткападобных каранёў. Збіраюць карані ў верасні—кастрычніку, калі яны ўтрымліваюць найбольшую колькасць актыўных рэчываў. Для сушкі іх раскладваюць у закрытым памяшканні тонкім слоем на 2 сутак, 2—3 разы на дзень варушаць, затым пераносяць у сушылку з тэмпературай 35—40 °С. Карэнішча з каранямі ўтрымлівае эфірнае масла, а таксама дубільныя рэчывы, арганічныя кіслоты, крухмал. Прэпараты валяр'яну знаходзяць самае шырокае прымяненне ў медыцынскай практыцы і дамашніх умовах як заспакаяльны сродак пры нервовым узбуджэнні, гіпертанічнай хваробе, бяссонніцы і як сродак, які садзейнічае страваванню. Валяр'ян уваходзіць у састаў такіх прэпаратаў, як карвалол, валакардзін. У дамашніх умовах для атрымання настою 10 г высушаных і здробненых каранёў і карэнішчаў заліваюць 200 мл кіпячонай вады, кіпяцяць 30 мін, затым настойваюць 2 г. Прымаюць па 1 сталовай лыжцы 3—4 разы на дзень.

Дзьмухавец лекавы (рыс. 33) — шматгадовая травяністая расліна з тоўстым коранем. Расце на лугах, палянах, каля дарог, на вуліцах, у садах, парках і на агародах. Карані нарыхтоўваюць у жніўні—верасні ў перыяд завядання лісця, прамываюць вадой, сушаць паступова, спачатку пад навесам на працягу 3—4 дзён, а затым у сушылках пры тэмпературы 60—70 °С і добрай вентыляцыі. Ужываюць дзьмухавец для ўзбуджэння апетыту і паляпшэння стрававання, а таксама як патагонны, жаўцягонны, адхаркавальны, танізуючы сродак. Корань уваходзіць у састаў страўнікавага, апетытнага, мачагоннага і дыябетычнага збораў. Для прыгатавання адвару 3 сталовыя лыжкі здробненага кораня заліваюць 2 шклянкамі кіпячонай вады, кіпяцяць 15 мін, працэджваюць. П'юць па 1 шклянцы 2 разы на дзень за паўгадзіны да яды.

Святаяннік прадзіраўлены (зверабой) (рыс. 34) — шматгадовая травяністая расліна, распаўсюджаная па ўсёй тэрыторыі Беларусі, расце ў сухіх месцах. Кветаносы разам з лісцем збіраюць падчас цвіцення, сушаць пры тэмпера-



Рыс. 33. Дзьмухавец лекавы

Рыс. 34. Святаяннік прадзіраўлены (зверабой)

туры 35—40 °C у сушылках або на паветры пад навесам. Прэпараты святаянніка маюць вяжучае, процізапаленчае, антысептычнае, спазмалітычнае дзеянне, стымулююць рэгенератыўныя працэсы, шырока выкарыстоўваюцца пры захворваннях страўнікава-кішачнага тракта, пры цукровым дыябеце, для зажыўлення ран, язваў, апёкавых паверхняў, для лячэння хранічных стаматытаў, гаймарытаў, запаленчых працэсаў скуры і інш.

Маліна звычайная (гл. рыс. 35) расце ў змешаных і хвойных лясах, у сырых цяністых месцах, на палянах і высечках, у ярах, а таксама як прысядзібная культура. Лекавае значэнне маюць плады, лісце і кветкі. Плады ўтрымліваюць арганічныя кіслоты (яблычную, лімонную, вінную, аскарбінавую, саліцылавую), цукры (глюкозу і фруктозу), слізь, пекцінавыя і бялковыя рэчывы, карацін, вітаміны А, групы В, біялагічна актыўныя рэчывы, маюць процізапаленчыя, патагонныя, гарачкапаніжальныя і процісклератычныя ўласцівасці, карысныя як прафілактычны і лячэбны сродак пры парушэннях абмену рэчываў, захворваннях дыхальных шляхоў, гастрытах, энтэрытах. Адвары з лісця аказваюць добрае вяжучае ўздзеянне. Для падрыхтоўкі настою бяруць 2 сталовыя лыжкі высушанай маліны, залiваюць

Рыс. 35. Маліна звычайная

Рыс. 36. Дзівасіл высокі

1 шклянкай кіпячонай вады, настойваюць 15—20 мін і працэджваюць, п'юць гарачым 2—3 разы на дзень.

Дзівасіл высокі (рыс. 36) сустракаецца па берагах рэк, на палях, лугах па ўсёй тэрыторыі Беларусі. У лячэбных мэтах выкарыстоўваюць карэнішчы з каранямі, якія нарыхтоўваюць увосень або ранняй вясной. Разнастайнасць біялагічна актыўных рэчываў дазваляе шырока ўжываць дзівасіл як адхаркавальны сродак у выглядзе настою пры вострых і хранічных захворваннях дыхальных шляхоў, а таксама пры паніжанай кіслотнасці страўнікавага соку і запаленні слізістай абалонкі страўніка (гастрыце), язвавай хваробе, для лячэння захворванняў скуры. Для прыгатавання настою заліваюць 30 г кораня 1 л кіпячонай вады, астуджаюць, прымаюць па 0,5 шклянкі 3 разы на дзень. Дзівасіл уваходзіць таксама ў састаў розных лекавых збораў.

Мята перачная (рыс. 37) — звычайная для Беларусі шматгадовая травяністая расліна. Збіраюць у перыяд бутанізацыі — пачатку цвіцення (зразаюць маладыя парасткі 2—3 разы за лета). Лісце ўтрымлівае каля 2,5 % эфірнага масла, арганічныя кіслоты, дубільныя рэчывы, карацін,

Рыс. 37. Мята перачная

Рыс. 38. Брусніцы

мікраэлементы (медзь, марганец і г. д.) і іншыя хімічныя злучэнні, галоўным сярод іх з'яўляецца ментол. У выглядзе воднага настою лісце мяты ўжываюць як сродак для паляпшэння стрававання, ад спазмаў у страўніку, млоснасці. Для прыгатавання настою бяруць 2 сталовыя лыжкі лісця на 2 шклянкі кіпячонай вады, заварваюць як чай і п'юць па 0,5 шклянкі 2 разы на дзень перад ядой. Мята ўваходзіць у састаў розных збораў, страўнікавых таблетак, апетытнага чаю і інш. Мятнае масла ўваходзіць у састаў разнастайных лекавых прэпаратаў (карвалол, валакардзін, пектусін), зубных капель і інш., ужываюць яго і для паляпшэння смаку мікстур. Чысты ментол выкарыстоўваюць пры лячэнні захворванняў скуры (экзема, нейрадэрміт, дэрматыт, крапіўніца), прастудных захворванняў.

Брусніцы (рыс. 38) — вечназялёная ягадная расліна, шырока распаўсюджаная па ўсёй тэрыторыі Беларусі (асабліва на поўначы) у змешаных лясах, забалочаных хвойніках. Ягады ўтрымліваюць арганічныя кіслоты, цукры, пекцінавыя, дубільныя рэчывы, вітамін С, мікраэлементы, дзякуючы бензойнай кіслаце могуць доўга захоўвацца све-

Рыс. 39. Ліпа драбналістая

Рыс. 40. Бузіна чорная

жымі. Бруснічны морс і сіроп ужываюць пры гіпавітамінозах, траўмах, запаленчых працэсах, павышэнні тэмпературы цела, пасля аперацый і цяжкіх захворванняў.

Ліпа (рыс. 39). У якасці лячэбнага сродку выкарыстоўваюцца кветкі ліпы, сабраныя ў пачатку цвіцення, калі частка іх яшчэ не распусцілася. Яны ўтрымліваюць дубільныя і фарбавальныя рэчывы, эфірнае масла, вугляводы, вітаміны і інш. Кветкі сушаць у цяньку на свежым паветры. Лічаць, што актыўныя рэчывы, якія ўтрымліваюцца ў кветках, узмацняюць дзейнасць потавых залоз, пашыраюць крывяносныя сасуды. Ужываюць кветкі ліпы у выглядзе гарачага воднага настою пры прастудных захворваннях (1—2 чайныя лыжкі кветак заварваюць шклянкай кіпячонай вады, п'юць гарачым). Ліпавыя суквецці могуць уваходзіць у састаў лекавых збораў, якія прымяняюцца пры лячэнні захворванняў страўніка, печані і кішэчніка.

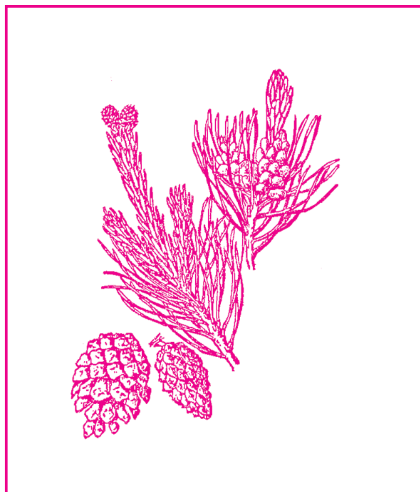
Бузіна чорная (рыс. 40) расце на ўзлесках мяшаных лясоў, сярод зараснікаў хмызняку, часта — у садах і парках. Кветкі бузіны ўтрымліваюць эфірнае масла, руцін, яблычную, воцатную і валяр'янавую кіслоты, плады — глюкозу, фруктозу, арганічныя кіслоты, дубільныя і фарбавальныя рэчывы. Іх збіраюць падчас цвіцення, плады — у перыяд поўнай спеласці. Кветкі аказваюць патагоннае, гарачкапаніжальнае, процізапаленчае, адхарквальнае ўздзеянне. Іх

Рыс. 41. Каліна звычайная *Рыс. 42.* Рабіна звычайная

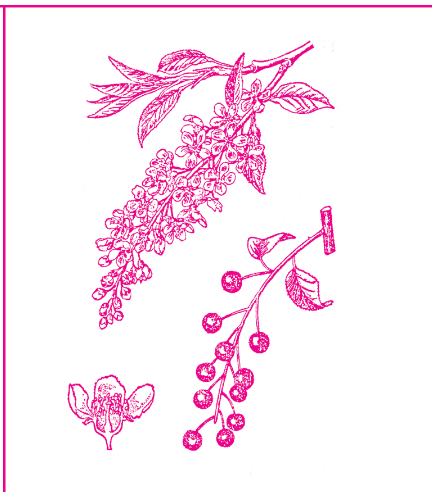
настоі, экстракты ўжываюць у выглядзе інгаляцый, паласканняў пры розных захворваннях дыхальных шляхоў, лісце — як мачагонны і процізапаленчы сродак пры захворваннях нырак і мачавога пузыра.

Каліна звычайная (рыс. 41) часта сустракаецца ў лясах і па далінах рэк Беларусі. У лячэбных мэтах ужываюць кару і плады. Кару нарыхтоўваюць вясной. У ёй утрымліваюцца дубільныя і фарбавальныя рэчывы, смолы, арганічныя кіслоты, вітаміны. Кара выкарыстоўваецца як заспакаяльны, гарачкапаніжальны, процімікробны сродак, плады — як дыетычны і полівітамінны прадукт, які станоўча ўздзейнічае на сардэчную дзейнасць, аказвае агульнаўмацавальны і мачагонны эфект. Водны адвар кветак п’юць пры кашлі і прастудзе, іншых захворваннях.

Рабіна звычайная і чарнаплодная (рыс. 42) — распаўсюджаныя на тэрыторыі Беларусі расліны. У пладах утрымліваюцца пекцінавыя, фарбавальныя, дубільныя рэчывы, арганічныя кіслоты, цукры, вітаміны С і Р, многа караціну. Свежыя або сушаныя ягады і прэпараты з іх ужываюць пры захворваннях сэрца, паніжанай кіслотнасці страўнікавага соку, як лёгкі слабіцельны, мачагонны, жаўцягонны і процізапаленчы сродак. Лячэбныя ўласцівасці ягад чарнаплоднай рабіны ў асноўным абумоўлены вітамінамі, дубільнымі і фарбавальнымі рэчывамі. Экстракты, сокі, настоі



Рыс. 43. Сасна звычайная



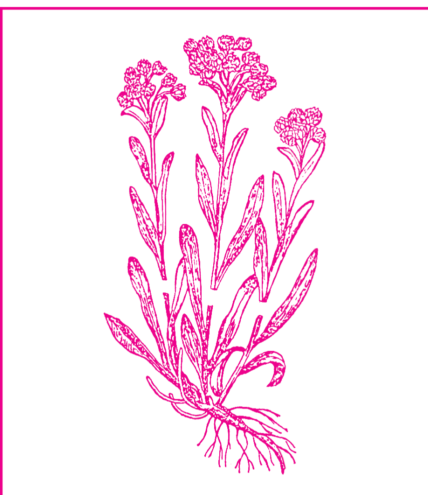
Рыс. 44. Чаромха звычайная

ўжываюцца пры гіпертаніі, атэрасклерозе, рэўматызме, алергічных захворваннях скуры (экземы, дэрматыты, нейрадэрміты). Асаблівы эфект маюць ягады чарнаплоднай рабіны пры гіпертаніі, цукровым дыябеце, павялічанай сакрэцыі шчытападобнай залозы.

Сасна звычайная (рыс. 43). У лячэбнай практыцы звычайна выкарыстоўваюць пупышкі і прадукт перапрацоўкі жывіцы — шкіпінар. Маладая ігліца ўтрымлівае вітамін С, эфірнае масла. Дзёгаць (прадукт сухой перагонкі драўніны) уваходзіць у састаў мазей Вішнеўскага і Вількінсона. Распараныя пупышкі выкарыстоўваюць для інгаляцый пры захворваннях дыхальных шляхоў. Шкіпінар (мазі, кампрэсы) выкарыстоўваецца пры радыкуліце, рэўматызме і падагры, а таксама для інгаляцый як процімікробны сродак.

Чаромха (рыс. 44) расце па берагах рэк, па лясных прасеках, узлесках. У лячэбных мэтах выкарыстоўваюць плады (ягады), якія аддзяляюць ад пладаножак і сушаць у печы або сушылках пры тэмпературы 50—60 °С. Ягады ўтрымліваюць дубільныя рэчывы, арганічныя кіслоты, цукры, вітаміны. Свежыя плады, кветкі і лісце маюць фітанцыдныя ўласцівасці. Адвар ягад ужываюць як вяжучы сродак пры захворваннях стрававальнага тракта.

Рыс. 45. Крапіва двудомная



Рыс. 46. Бяссмертнік пясчаны

Крапіва двудомная (рыс. 45) — травяністая расліна. Утрымлівае мурашыную кіслату, якая надае ёй пякучасць, вітаміны C, B_2, K, караціноіды, дубільныя, процімікробныя рэчывы, мінеральныя солі. Наяўнасць у прэпаратах крапівы вітаміну K павышае згусальнасць крыві і колькасць гемаглабіну. Прымяняецца пры малакроўі, унутраных крывацёках. Настой з кветак і лісця ўжываюць пры хранічных скурных захворваннях (фурункулёзе, экземе, псарыязе, нейрадэрміце).

Бяссмертнік пясчаны (сухацвет) (рыс. 46) — шматгадовая травяністая расліна. Расце на пясчаных глебах, у зрэджаных сасновых лясах. Кветкі збіраюць у чэрвені—жніўні, пакуль яны не зусім распусціліся. Сушаць у цяньку, захоўваюць у сухім цёмным месцы. Кветкі ўтрымліваюць злучэнні, якія стымулююць сакрэцыю жоўці, страўнікавага і панкрэатычнага сокаў, расслабляюць мускулатуру кішэчніка, жоўцевага пузыра і крывяносных сасудаў, аказваюць антысептычнае і процімікробнае ўздзеянне. Прэпараты з бяссмертніку ўзмацняюць сакрэцыю жоўці клеткамі печані, змяняюць яе хімічны састаў (зніжаюць узровень білірубіну і халестэрыну, здымаюць спазмы сфінктараў жоўцевага пузыра, паляпшаюць дзейнасць жоўцевывадных пратокаў, са-

дзейнічаюць засваенню вітамінаў. Іх ужываюць для лячэння захворванняў печані, жоўцекамянёвай хваробы, пасля перанесенага гепатыту. Бяссмертнік уваходзіць у састаў збораў для лячэння захворванняў нырак, мачавога пузыра, запалення сядалішчнага нерва, неўралгіі і іншых хвароб.

Пытанні для паўтарэння

1. Назавіце асноўныя віды лекавых раслін, якія растуць на Беларусі.
2. Назавіце тэрміны збору кветак рамонку аптэчнага і спосабы гатавання лекаў з іх.
3. Пералічыце, пры якіх захворваннях ужываецца карэнішча валяр’яну.
4. Калі збіраюць кветкі ліпы, пры якіх захворваннях яны ўжываюцца?
5. Пералічыце захворванні, пры якіх ужываюцца плады шыпшыны, маліны, рабіны, каліны, чарніц, брусніц.

Раздзел 3 МЕДЫКА-БІЯЛАГІЧНЫЯ АСПЕКТЫ ПАЛАВОГА ВЫХАВАННЯ

3.1. ПРАБЛЕМЫ ЎЗАЕМААДНОСІН ЮНАКОЎ І ДЗЯЎЧАТ

Палавое выхаванне з'яўляецца неад'емнай часткай маралі і звязана з шэрагам спецыфічных педагагічных і медыцынскіх праблем. Яно спрыяе фарміраванню цэласнай асобы, вучыць падпарадкоўваць свае псіхалагічныя і фізіялагічныя асаблівасці пэўным сацыяльным і маральным нормам, дапамагае юнакам і дзяўчатам асэнсавана кіравацца грамадзянскімі, маральнымі, гігіенічнымі і іншымі патрабаваннямі вядзення здаровага ладу жыцця. Веданне фізіялагічных, псіхалагічных і медыцынскіх асаблівасцей палавога развіцця і палавога жыцця чалавека з'яўляецца важным фактарам гарманічных узаемаадносін з людзьмі процілеглага полу не толькі ў сям'і, але і ў грамадстве ў цэлым.

Узаемаадносіны полаў грунтуюцца перш за ўсё на важнай прыроджанай біялагічнай патрэбнасці — палавым інстынкце, мэтай якога з'яўляецца працяг роду чалавека. Задача палавога выхавання заключаецца яшчэ і ў паўнацэнным фарміраванні дзетароднай функцыі маладых людзей, садзейнічанні ўмацаванню шлюбу і сям'і. **Рэпрадуктыўнае здароўе** — гэта адсутнасць захворванняў рэпрадуктыўнай сістэмы на ўсіх этапах жыцця чалавека. Рэпрадуктыўная сістэма ўключае ў сябе сукупнасць органаў і сістэм арганізма, якая забяспечвае функцыю ўзнаўлення (дзетанараджэння). Пытанням захавання рэпрадуктыўнага здароўя павінна надавацца ўвага не толькі ў сям'і, але і ў сістэме школьнай і пазашкольнай палавой асветы. Вядома, што палавое выспяванне (рэпрадуктыўная спеласць) у юнакоў і дзяўчат працякае неаднолькава ў розныя перыяды жыцця. Аднак тэрміны яго наступлення, інтэнсіўнасць залежаць ад

многіх фактараў — спадчынных асаблівасцей, бытавых і сацыяльна-эканамічных умоў, стану здароўя, харчавання, клімату і інш. У сучасным грамадстве ранняя сексуальная актыўнасць стала важнай праблемай. Пры гэтым маладыя людзі часта не гатовы да палавога жыцця ні фізіялагічна, ні псіхалагічна, не маюць дастатковых ведаў аб інфекцыях, якія перадаюцца палавым шляхам, аб магчымасці адмоўных вынікаў ранняга пачатку палавога жыцця і перарывання цяжарнасці. Інфармаванне аб змяненнях у арганізме юнакоў і дзяўчат у перыяд сталення вядзе да паніжэння верагоднасці рызыкоўных паводзін, звязаных з недахопам ведаў. У працэсе выхавання яны павінны атрымаць веды: аб гігіене цела і адзення, змяненнях у арганізме ў перыяд палавога выспявання, асновах палавога жыцця і правільных палавых паводзінах, спосабах папярэджання непажаданай цяжарнасці, захворваннях, якія перадаюцца палавым шляхам, сямейным жыцці, узаемаадносінах паміж мужам і жонкай, клопаце пра дзяцей.

3.2. ПАЛАВЫЯ АСАБЛІВАСЦІ І АСАБІСТАЯ ГІГІЕНА ЮНАКОЎ І ДЗЯЎЧАТ

Палавыя прыметы — асноўныя асаблівасці будовы і функцый арганізма, якія дазваляюць вызначыць пол чалавека. Адрозніваюць першасныя і другасныя палавыя прыметы. *Першаснымі палавымі прыметамі* з'яўляюцца асаблівасці будовы цела, агульныя для ўсіх прадстаўнікоў дадзенага полу ўжо да моманту нараджэння і якія адсутнічаюць у прадстаўнікоў процілеглага полу. *Другасныя палавыя прыметы* праяўляюцца ў перыяд росту і развіцця чалавека, канчаткова фарміруюцца да перыяду палавога выспявання і залежаць ад уплыву на арганізм палавых гармонаў, стану эндакрыннай сістэмы і многіх іншых унутраных і знешніх фактараў. Для мужчын, у параўнанні з жанчынамі, характэрны большая маса і таўшчыня шкілета, вузкі таз, больш развітая мускулатура, мужчынскі тып аваласення і інш.

Мужчынскія палавыя органы падзяляюцца на вонкавыя і ўнутраныя: вонкавыя — машонка і палавы член;

унутраныя — палавыя залозы (яечкі, або семяннікі) з прыдаткамі, семявывадныя пратокі, прастата. Парныя семяннікі выконваюць функцыі знешняй і ўнутранай сакрэцыі. Унутрысакраторная функцыя яечак заключаецца ў выпрацоўцы мужчынскіх палавых гармонаў (андрагенаў), якія паступаюць непасрэдна ў кроў, уплываюць на абмен рэчываў, прадвызначаюць развіццё другасных палавых прымет, палавыя паводзіны мужчыны і інш. Знешнесакраторная функцыя забяспечвае ўтварэнне сперматазоідаў. Палавы член складаецца з двух пячорыстых і аднаго губчатага цел, якія заканчваюцца галоўкай палавога члена з адтулінай мочавыдзяляльнага канала на яе паверхні. Палавы член забяспечвае вывядзенне мачы з мачавога пузыра і ўвядзенне спермы ў палавыя органы жанчыны. Апошняе забяспечваецца здольнасцю палавога члена значна павялічваць аб'ём і выпроствацца (стан эрэкцыі) за кошт узмоцненага напаўнення крывёй поласцей пячорыстых цел пры палавым узбуджэнні. Для таго каб пазбегнуць раздражнення галоўкі палавога члена, а таксама развіцця запаленчых працэсаў палавых органаў, неабходна выконваць патрабаванні асабістай гігіены.

Жаночыя палавыя органы таксама падзяляюцца на вонкавыя і ўнутраныя. Да першых адносяцца вялікія і малыя палавыя губы, клітар і переддзвер'е похвы, да другіх — палавыя залозы (яечнікі), яйцаводы (фалопіевы трубы), матка і похва. Вялікія палавыя губы ўтвораны дзвюма скурнымі складкамі, якія абмяжоўваюць палавую шчыліну, звонку пакрыты валасамі і маюць вялікую колькасць потавых і сальных залоз. Малыя палавыя губы размешчаны паміж вялікімі палавымі губамі, абмяжоўваюць уваход у похву і ўтрымліваюць асобыя залозы, якія выдзяляюць сакрэт для ўвільгатнення палавой шчыліны. Клітар па сваёй будове крыху нагадвае мужчынскі палавы член. Наяўнасць у ім вялікай колькасці нервовых канчаткаў спрыяе фарміраванню сексуальнай узбуджанасці жанчыны. У дзяўчат уваход у похву закрыты дзявоцкай плявой — тонкай перапонкай з мноствам крываносных сасудаў і адчувальных нервовых канчаткаў. Яе разрыванне адбываецца звычайна

пры першым палавым акце і суправаджаецца, як правіла, невялікім крывацёкам. Похва пачынаецца адразу за дзявоцкай плявой, мае форму крыху сціснутай мышачнай трубкі, якая размяшчаецца ў малым тазе, служыць для ўвядзення палавога члена мужчыны падчас палавога акту і адначасова ўтварае родавыя шляхі. Акрамя таго, праз похву выводзяцца менструальныя выдзяленні. Матка — полы мышачны орган грушападобнай формы, у якім развіваецца і выношваецца плод. Ад яе адыходзяць матачныя трубы — яйцаводы. Яны забяспечваюць паступальны рух яйцаклеткі з брушной поласці ў матку. Яечнікі — парныя органы, размешчаныя па абодва бакі ад маткі каля ўваходу ў вобласць малога таза. Яны выпрацоўваюць жаночыя палавыя гармоны (эстраген і прагестэрон), у іх выспяваюць яйцаклеткі.

У здаровай жанчыны ў похве пастаянна ўтрымліваецца невялікая колькасць сакрэту, які ўвільгатняе яе сценкі. Яго даследаванне дае магчымасць ацаніць ступень чысціні похвы і стан здароўя жанчыны. Для захавання нармальных функцый палавой сферы жанчыны вялікае значэнне мае выкананне патрабаванняў асабістай гігіены.

3.3. ГІГІЕНА ШЛЮБУ, КУЛЬТУРА ПАЛАВЫХ УЗАЕМААДНОСІН

Шлюб — гістарычна абумоўленая і прызнаная грамадствам форма саюзу паміж мужчынам і жанчынай, якая замацоўвае іх асабістыя і маёмасныя адносіны і ставіць сваёй галоўнай мэтай стварэнне сям'і. Мужчына і жанчына злучаюцца, каб даць жыццё новаму чалавеку. У гэтым заключаецца іх біялагічнае прызначэнне. Людзей, якія ўступілі па дабравольнай згодзе ў сумеснае жыццё, павінна аб'ядноўваць каханне, павага адзін да аднаго, жаданне быць разам, сумесна вырашаць усе жыццёвыя пытанні. Блізкасць мужчыны і жанчыны — важны аспект рэалізацыі прыроджанай палавой патрэбнасці, ад якой залежыць шчасце дзяцей і іншых членаў сям'і.

Фарміраванне сексуальнай культуры — адзін з асноўных кампанентаў здаровага ладу жыцця. Нізкі ўзровень сексуальнай культуры часта прыводзіць да дысгармоніі

сямейных адносін і разводаў. Усёдазволенасць і свабода ўзаемаадносін без адказнасці прыводзіць да дэградацыі асобы, распаду сямейных адносін, што перш за ўсё адбіваецца на нараджэнні і выхаванні дзяцей. Шчасце шлюбнага жыцця залежыць не толькі і не столькі ад частаты палавых актаў, колькі ад іх гармоніі, што звязана з супадзеннем патрэбнасці мужа і жонкі. У палавых адносінах неабходна рэгулярнасць, якая можа быць абумоўлена сілай палавой цягі, тэмпераментам, станам здароўя, узростам мужа і жонкі і іншымі фактарамі. Палавая функцыя ў мужчын да 35—40 гадоў захоўваецца на высокім узроўні, а затым зніжаецца; у жанчын палавая актыўнасць павольна, асабліва пасля родаў, нарастае і ўзмацняецца да 40—45-гадовага ўзросту. Неабходна памятаць, што палавая актыўнасць у аднаго і таго ж чалавека вагаецца і ў розны час і пры розных абставінах можа быць меншай або большай.

Невыкананне элементарных гігіенічных норм у інтымных адносінах прыводзіць да дысгармоніі і расстройстваў, якія вядуць да развіцця палавой халоднасці ў жанчын і слабасці ў мужчын. Агульная гігіена цела і палавых органаў, чысціня пасцельнай і нацельнай бялізны, а таксама ўвага адзін да аднаго, клапатлівыя адносіны, выключэнне эгаізму састаўляюць радасць інтымнага жыцця.

Разглядаючы культуру палавых адносін, варта звярнуць увагу на негатыўны ўплыў алкаголю на сексуальную сферу жыцця. У мужчын, якія злоўжываюць алкаголем, назіраецца паслабленне эрэкцыі, прытупляецца спецыфічнае пачуццё асалоды, а ў жанчын фарміруецца псіхагеннае тармажэнне сексуальнасці, што прыводзіць да фрыгіднасці. Дысгармонія палавога жыцця ў шлюбе можа быць прычынай неўрозаў, бяссонніцы, раздражняльнасці, галаўнога болю, паніжэння працаздольнасці ў мужа і жонкі, што яшчэ больш расстройвае палавую функцыю.

Узаемаадносіны паміж мужчынам і жанчынай — паказчык культуры асобнага чалавека, а таксама грамадства ў цэлым. Выхаванне ў маладога пакалення культуры сексуальных адносін дазволіць у далейшым стварыць моцную сям’ю і выхаваць здаровых і шчаслівых дзяцей.

3.4. ВІДЫ КАНТРАЦЭПЦЫІ І МЕТАДЫ ПРЫМЯНЕННЯ

Для папярэджання непажаданай цяжарнасці і для планавання сям'і цяпер шырока выкарыстоўваюцца процізачаткавыя сродкі і метады, якія падзяляюцца на мужчынскія (метад спыненага палавога акту, прэзерватывы) і жаночыя (дыяфрагмы, шыечныя каўпачкі, сперміцыды, пены, свечкі, пасты, гелі, губкі, гарманальныя прэпараты, унутрыматачныя і іншыя сродкі).

Прэзерватывы служаць бар'ерам для спермы — перашкаджаюць ёй трапіць у похву і адначасова папярэджваюць магчымасць заражэння хваробамі, якія перадаюцца палавым шляхам, у тым ліку і СНІДам. Прэзерватыў надзяваюць на палавы член, які знаходзіцца ў стане эрэкцыі.

Сперміцыды — разнастайныя хімічныя рэчывы, якія пры кантакце са сперматазоідамі ў похве знішчаюць іх. У похву сперміцыды ўводзяць непасрэдна перад палавым актам.

Дыяфрагмы — купалападобныя гумавыя каўпачкі з гнуткім кольцам. Іх уводзяць у похву і шчыльна надзяваюць на шыйку маткі. Кантрацэптыўныя ўласцівасці дыяфрагмы часткова забяспечваюцца, з аднаго боку, яе механічнай бар'ернай функцыяй, а з другога — дзеяннем дадаткова ўведзенага ў яе сперміцыду.

Шыечныя каўпачкі (песарыі) уяўляюць сабой гумавыя каўпачкі з эластычным абадком, якія жанчына можа сама ўвесці ў похву і закрыць матачны зеў для папярэджання пападання сперматазоідаў у матку.

Унутрыматачныя кантрацэптыўныя сродкі шырока выкарыстоўваюцца ва ўсім свеце як дастаткова эфектыўныя і простыя ва ўжыванні (эфектыўнасць іх вагаецца ў межах 91—99%). Адзін з іх відаў — унутрыматачныя спіралі, якія ўводзяць у клінічных умовах непасрэдна пасля заканчэння чарговай менструацыі. Тэрмін іх дзеяння залежыць ад матэрыялу, з якога яны выраблены, і можа дасягаць 4—5 гадоў.

Гарманальная кантрацэпцыя таксама знайшла шырокае прымяненне як эфектыўны метад папярэджання цяжарнасці. Гарманальныя кантрацэптывы ў залежнасці ад саставу прэпаратаў і методыкі іх ужывання дзеляцца на: камбінаваныя (утрымліваюць эстрагены і гестагены); геста-

гены ў мікрадозах; прэпараты з вялікімі дозамі гестагенаў або эстрагенаў, якія ўжываюцца адразу пасля палавога кантакту; пралангіраваныя прэпараты, якія ўводзяцца ўнутрымышачна адзін раз у 3—6 месяцаў; падскурныя імплантанты ў выглядзе капсул для ўшывання ў падскурную клятчатку на тэрмін да 5 гадоў. Жанчынам, якія вырашылі прымаць аральныя кантрацэптывы, неабходна спачатку параіцца з гінеколагам, прайсці неабходнае медыцынскае абследаванне. Пасля назначэння прэпарата жанчына павінна строга прытрымлівацца парадку прыёму таблетак, весці менструальны каляндар, назіраць за масай цела, узроўнем артэрыяльнага ціску, пры любых сумненнях абавязкова звярнуцца да доктара, каб атрымаць неабходную кансультацыю.

Ужываюцца таксама **фізіялагічны** (шляхам вядзення календара) і **тэмпературны процізачаткавы** метады. Яны засноўваюцца на вызначэнні дзён менструальнага цыклу, спрыяльных і неспрыяльных для зачацця (гл. рыс. 47). Гэтыя метады найбольш эфектыўныя тады, калі: 1) менструальны цыкл стабільны, г. зн. на працягу ўсяго часу застаецца прыкладна аднолькавым; 2) жанчына пунктуальна вядзе менструальны каляндар, вымярае базальную (у прамой кішцы або похве) тэмпературу, сочыць за яе графікам; 3) у дні рызыкі прымае ўсе неабходныя для прадухілення цяжарнасці дадатковыя меры. Нельга выкарыстоўваць гэтыя метады пры нестабільным менструальным цыкле, гінекалагічных захворваннях,ператамленні і да т. п. Метад вызначэння базальной тэмпературы прадугледжвае вымярэнне тэмпературы на працягу 5—8 мін штодзённа раніцай у адзін і той жа час, не падымаючыся з ложку. Па выніках рэгулярнага вымярэння тэмпературы можна вызначыць тэрміны, калі адбываецца авуляцыя. Фаза нізкай тэмпературы (ніжэй 37 °C) адпавядае дням, якія ёй папярэднічаюць. З наступленнем авуляцыі (з’яўленне яйцаклеткі ў брушной поласці) базальная тэмпература пачынае перавышаць 37 °C. Пік павышэння тэмпературы прыходзіцца на дні, неспрыяльныя для наступлення цяжарнасці. Але гэты метад непрыдатны ў перыяды, калі жанчына хварэе, аслабленая, прымае гармоны, і ў шэрагу іншых, калі тэмпература ў похве і заднім праходзе залежыць не толькі ад працэсу выспявання яйцаклеткі.

Менструальны цыкл (дні[1])	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Дні менструацыі																												
Авуляцыя																												
Дні, спрыяльныя для зачацця																												
Дні, неспрыяльныя для зачацця																												

Рыс. 47. Менструальны каляндар

[1] Першы дзень менструацыі лічыцца першым днём менструальнага цыкла.

3.5. ЦЯЖАРНАСЦЬ. ГІГІЕНА ЦЯЖАРНАЙ ЖАНЧЫНЫ

Паводле дзеючага заканадаўства Беларусі ўступленне ў шлюб дазваляецца з 18 гадоў. Менавіта ў гэтым узросце ў юнакоў і дзяўчат заканчваецца фарміраванне сталага арганізма, хоць сама палавая спеласць у іх настае значна раней. Справа ў тым, што біялагічная здольнасць арганізма чалавека да зачацця яшчэ не гарантуе спрыяльнага развіцця цяжарнасці і нараджэння здаровага дзіцяці, і толькі пасля 18 гадоў арганізм ужо здольны да паўнацэннай рэалізацыі рэпрадуктыўнай функцыі і пераадолення звязаных з гэтым нагрузак. Ранняя цяжарнасць можа адмоўна ўздзейнічаць як на здароўе будучай маці, так і на стан дзіцяці.

Спрыяльным для зачацця дзяцей з'яўляецца ўзрост ад 20 да 40 гадоў, што мае глыбокую фізіялагічную аснову. Цяжарнасць суправаджаецца адпаведнымі змяненнямі ва ўсіх органах і сістэмах.

Цяжарнасць — фізіялагічны працэс развіцця ў жаночым арганізме аплодненай яйцаклеткі, які доўжыцца на працягу дзевяці месяцаў. Ва ўнутрычэраўным развіцці чалавека ўмоўна выдзяляюць два перыяды: эмбрыянальны (зародкавы) і фетальны (плодны). Першы (эмбрыянальны) перыяд працягваецца з моманту апладнення яйцаклеткі да 10—12 тыдняў цяжарнасці. У першыя тры тыдні гэтага перыяду адбываецца хуткае драбненне яйцаклеткі, яе ператварэнне ў маленькі эмбрыён, які глыбока пранікае ў слізістую абалонку маткі. Далей фарміруюцца сістэма кровазвароту, зачаткі ўсіх органаў і сістэм. У канцы гэтага перыяду эмбрыён становіцца плодам.

Другі (фетальны) перыяд пачынаецца з трэцяга месяца цяжарнасці і заканчваецца нараджэннем дзіцяці. На працягу гэтага перыяду адбываецца хуткі рост плода, развіццё ўсіх органаў і функцыянальных сістэм, якія забяспечваюць жыццё плода ў арганізме маці і дзіцяці пасля нараджэння. На месцы прымацавання эмбрыёна ўтвараецца плацэнта, злучаная з плодам пры дапамозе пупавіны. Плацэнта не толькі забяспечвае абмен рэчываў паміж маці і плодам, але і абараняе яго ад інфекцыйных і іншых фактараў. Плацэн-

та выконвае гарманальную функцыю, вызначае гамеастаз цяжарнасці (уплывае на асноўныя функцыі арганізма — кровазварот, дыханне і інш.), падрыхтоўку маці да родаў і наступнай лактацыі (выдзялення малака малочнай залозай).

Гігіена цяжарнасці павінна ўключаць у сябе мерапрыемствы па захаванні і ўмацаванні здароўя будучай маці, арганізм якой падвяргаецца павялічаным нагрузкам; па ахове плода; падрыхтоўцы жанчыны да нармальнага працякання родаў і пасляродавага перыяду, да лактацыі і груднога кармлення. Важнае значэнне мае асабістая гігіена цяжарнай. Абавязковымі павінны быць паветраныя і сонечныя ванны, сон на свежым паветры, зімой — ультрафіялетавае апраменьванне.

Для правільнага груднога кармлення дзіцяці неабходна загадзя падрыхтаваць саскі малочных залоз. Калі яны плоскія або ўцягнутыя, то ў апошнія 2 месяцы цяжарнасці рэкамендуецца іх штодзённы масаж.

Цяжарная жанчыня павінна насіць зручнае, свабоднае адзенне, якое не сціскае грудную клетку, жывот, ніжнія канечнасці, бюстгальтар павінен быць з натуральнай тканіны, адпавядаць памеру і форме грудных залоз, абутак — па памеры, на шырокім абцасе. У другой палове цяжарнасці рэкамендуецца насіць бандаж, які папярэджвае перанапружанне і расцяжэнне мышцаў брушной сценкі.

Пры нармальным працяканні цяжарнасці ў цэлым захоўваецца звычайны рэжым працы. Фізічную або інтэлектуальную працу неабходна чаргаваць з адпачынкам. Цяжарная жанчына павінна пазбягаць рэзкіх рухаў, псіхаэмацыянальных траўм, нельга падымаць цяжкія рэчы і грузы. Дома і на рабоце вакол будучай маці павінны панаваць клопат і ўвага. Абавязковымі з'яўляюцца прагулкі на свежым паветры перад сном, праветрыванне памяшкання на нач.

Рацыянальнае харчаванне спрыяе правільнаму працяканню цяжарнасці і нармальнаму развіццю плода. Ежа цяжарнай павінна быць разнастайнай, утрымліваць дастатковую колькасць бялкоў, вугляводаў, тлушчаў, солей і вітамінаў. Апошнія асабліва неабходныя, бо яны ўваходзяць у

састаў ферментаў і выконваюць у арганізме функцыю каталізатараў абмену рэчываў. Пры недахопе вітамінаў у прадуктах харчавання неабходна выкарыстоўваць гатовыя лекавыя формы. Катэгарычна забараняецца ўжыванне алкаголю і курэнне. Асаблівасці кровазвароту плода такія, што шкодныя рэчывы вельмі аператыўна паступаюць да яго ад маці і прыводзяць да неабарачальных парушэнняў унутрычэраўнага фарміравання плода, адбіваюцца на развіцці плода пасля нараджэння. Максімальна небяспечна гэта ў момант зачацця і ў перыяд з 2 па 12 дзень цяжарнасці, калі ў плода закладваюцца і фарміруюцца мозг і ўнутраныя органы. У дзяцей, якія нарадзіліся пасля гэтага, назіраюцца парушэнні нервовай сістэмы, якія суправаджаюцца псіхічнымі адхіленнямі: агульнай пасіўнасцю, запазненнем маўленчага развіцця, паслабленнем пазнавальнай дзейнасці, прымітывізмам уяўлення і мыслення, паніжэннем памяці, увагі.

3.6. АБОРТ І ЯГО ВЫНІКІ

Абортам называецца перарыванне цяжарнасці да тэрміну, у які яна магла б закончыцца натуральнымі родамі. Адрозніваюць *ранні* аборт — на працягу першых 14—15 тыдняў і *позні* — пры тэрміне цяжарнасці ад 16 да 28 тыдняў. Па характары перарывання цяжарнасці аборты падзяляюцца на *штучныя* і *адвольныя* (без староннягa ўмяшання). Штучныя аборты, праведзеныя недасведчанымі спецыялістамі па-за медыцынскай установай, з’яўляюцца *крымінальнымі*.

Сучасная медыцына выкарыстоўвае некалькі метадаў выдалення плоднага яйца: выскрабанне маткі, вакуум-аспірацыя, увядзенне прастагландзінаў (рэчываў, якія павышаюць тонус маткі), уздзеянне вібрацыяй. Перарыванне цяжарнасці дазваляецца пры тэрміне да 12 тыдняў па жаданні жанчыны і пры адсутнасці проціпаказанняў да гэтай аперацыі.

Вынікам штучнага аборту могуць быць розныя ўскладненні: разрыў, перфарацыя сценак і шыйкі маткі, плацэнтарны паліп, запаленчыя працэсы ў матцы і яе прыдатках,

запаленне тазавай брушыны. Найбольш цяжкімі захворваннямі, якія часта ўзнікаюць пасля аборту, асабліва крымінальнага (інфіцыраванага), з'яўляюцца запаленне брушыны (перытаніт), вострае гнойнае захворванне (сепсіс), крывацёкі. Развіццё запаленчых працэсаў у матачных трубах, яечніках пасля аборту можа абумовіць непраходнасць труб для яйцаклеткі і сперматазоідаў і ўзнікненне бясплоднасці жанчыны.

Адвольны аборт — перарыванне цяжарнасці, якое здараецца без якіх-небудзь умяшанняў. Адвольны аборт можа быць вынікам нейраэндакрынных парушэнняў, інфекцыі, інтаксікацыі, заганаў развіцця плода, храмасомных анамалій і інш.

Любы аборт шкодны для арганізма жанчыны, але найбольш цяжкія ўскладненні выклікае, як правіла, крымінальны. Менш бяспечны аборт, які праводзіцца ў медыцынскай установе, але і ён таксама істотна шкодзіць здароўю жанчыны, бо па сваёй сутнасці ненатуральны: спыняе складаную фізіялагічную перабудову жаночага арганізма, выпрацаваную прыродай і эвалюцыяй, дрэнна ўздзейнічае на агульны стан жанчыны, на яе нервовую і эндакрынную сістэмы, унутраныя органы. Узнікае небяспека рэгулярных выкідышаў: яны могуць стаць звычайнымі і паўтарацца пры наступных цяжарнасцях. Жанчына можа ніколі не стаць маці, а пры кожным чарговым выкідышы яна перажывае вялізнае псіхаэмацыянальнае перанапружанне. Пасля абортаў часта парушаюцца функцыі яечнікаў і іншых залоз унутранай сакрэцыі (гіпофізу, наднырачнікаў, шчытападобнай залозы і інш.). Гэта прыводзіць да розных парушэнняў менструальнага цыкла, матачных крывацёкаў, бясплоддзя, атлусцення, павышэння артэрыяльнага ціску, паніжэння працаздольнасці і многіх іншых негатыўных вынікаў.

Найбольш адмоўна ўплывае на стан здароўя жанчыны спыненне першай цяжарнасці. Калі першая цяжарнасць заканчваецца абортам, то вельмі ранімы ў гэты перыяд жаночы арганізм асабліва адчувальны да розных захворванняў. Пры гэтым назіраюцца запаленчыя працэсы ўнутраных палавых органаў, якія нярэдка вядуць да бясплоднасці або ўзнікнення пазаматачных цяжарнасцей ці звычных

неданошаных цяжарнасцей, што вельмі цяжка ўплывае на псіхічнае здароўе жанчыны.

Памяншэнню колькасці абортаў павінна спрыяць маральнае выхаванне і фарміраванне сексуальнай культуры падрастаючага пакалення, ужыванне надзейных кантрацэптыўных сродкаў.

3.7. ПРАФІЛАКТЫКА ВЕНЕРЫЧНЫХ ЗАХВОРВАННЯЎ І СНІДУ

Венерычныя захворванні — група інфекцыйных хвароб, аб'яднаных па прымеце перадачы ўзбуджальніка пераважна палавым шляхам. Да іх адносяць ганарэю, сіфіліс і іншыя інфекцыі. Асноўная прычына распаўсюджвання венерычных хвароб — пазашлюбныя бязладныя палавыя сувязі. Да бязладнага палавога жыцця больш схільныя асобы інтэлектуальна і маральна няспелыя, якія не прызнаюць нормы агульнапрынятай маралі. Небяспека такіх поглядаў, асабліва для моладзі, заключаецца не толькі ў іх крайняй амаральнасці, але і ў магчымых негатыўных выніках для здароўя.

Вядучае месца ў прафілактыцы венерычных хвароб належыць сістэме выхавання, фарміраванню маральна-этычных установак, здаровага ладу жыцця, развіццю фізкультуры і спорту, а таксама барацьбе з алкагалізмам, наркаманіяй і іншымі праяўленнямі антысацыяльных паводзін. Эфектыўнымі сродкамі прафілактыкі венерычных захворванняў з'яўляюцца рацыянальная сістэма палавога выхавання, выкананне правіл асабістай гігіены, аптымальнага рэжыму і іншыя меры, якія выхоўваюць волю і ўменне кіраваць сваімі пачуццямі.

Ганарэя — венерычнае захворванне з пераважным паражэннем слізістых абалонак мочапалавых органаў. Узбуджальнікам хваробы з'яўляецца мікроб ганакок.

Шляхі перадачы захворвання. Крыніца заражэння — хворы мужчына або жанчына. Як правіла, ганарэя з'яўляецца вынікам выпадковых палавых сувязей. Магчымая і пазапалавая перадача ганакоку праз прадметы хатняга ўжытку: агульныя з хворым пасцель, бялізну, мачалку, руч-

нік і іншыя прадметы, вынікам чаго можа быць, акрамя захворвання палавых органаў, ганарэйнае запаленне слізістай абалонкі вачэй, рота і інш.

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд пры ганарэі доўжыцца каля 2—3 тыдняў.

Клінічная карціна ганарэі ў мужчын і жанчын адрозніваецца. На пачатку захворвання ў мужчын узнікае пачуццё пякоты ў мочавыдзялялььным канале, з'яўляюцца нязначныя слізістыя выдзяленні, у якіх пры даследаванні выяўляюцца ганакокі. Праз 3—4 дні развіваецца вострае запаленне мочавыдзяляльнага канала (урэтрыт) з частым і балючым мачаспусканнем і з'яўленнем у першай порцыі мачы мутнай прымесі гною. Ганарэя ў жанчын пашкоджвае амаль усе аддзелы мочапалавой сістэмы, адрозніваецца шматачаговасцю, а ў некаторых хворых бессімптомнасцю працякання. Пры вострай ганарэі толькі каля 30 % хворых жанчын скардзяцца на рэзі і пякоту пры мочаспусканні, пры хранічным урэтрыце скаргі наогул звычайна адсутнічаюць. Пры вострай ганарэі вельмі часта сустракаецца запаленне шыйкі маткі. Асноўная скарга пры гэтым паражэнні — белі (выдзяленні з зеву маткі слізіста-гнойнага характару). Дыягностыка ганарэі заснавана на выяўленні ўзбуджальніка бактэрыяскапічным і бактэрыялагічным метадам.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Пры першых прыметах захворвання варта неадкладна звярнуцца да ўрача. Лячэнне ганарэі накіравана на хуткае знішчэнне ганакокаў у арганізме з дапамогай антыбактэрыяльных прэпаратаў, устараненне запаленчых з'яў і аднаўленне пашкоджаных тканак і органаў з дапамогай сродкаў мясцовай тэрапіі і імунатэрапіі. Вынік лячэння шмат у чым залежыць і ад паводзін самога хворага. Падчас лячэння забараняецца палавое жыццё. Варта строга выконваць правілы асабістай гігіены, пасля мочаспускання і туалету палавых органаў абавязкова мыць рукі з мылам. Неабходна ўстрымлівацца ад ужывання вострых прадуктаў. Рэкамендуецца багатае піцво, выключаецца прыём алкаголю. Трэба ведаць, што пры ганарэі не ўзнікае імунітэту, які ахоўвае ад паўторнага заражэння.

Прафілактыка. Адным з найбольш надзейных спосабаў папярэджання пранікнення хваробатворных мікробаў у палавыя органы служаць прэзерватывы. Аднак важным фактарам у прафілактыцы захворвання з'яўляецца асабістая адказнасць кожнага чалавека за сваё здароўе і здароўе іншых.

Сіфіліс — хранічнае інфекцыйнае венерычнае захворванне, якое праяўляецца паражэннем усіх органаў і сістэм арганізма. Узбуджальнік сіфілісу — бледная трэпанема (спірахета), якая пранікае ў арганізм чалавека праз драбнюткія, часам непрыкметныя пашкоджанні паверхневага слою скуры і слізістых абалонак.

Шляхі перадачы захворвання. Адрозніваюць набыты і прыроджаны сіфіліс. Распаўсюджванню сіфілісу садзейнічаюць складанасці з выяўленнем крыніц заражэння і кантактаў з хворымі, міграцыя насельніцтва, алкагалізм, наркаманія, прастытуцыя, палавая распушчанасць і іншыя фактары. Чалавек заражаецца сіфілісам ад хворага, як правіла, палавым шляхам, значна радзей — праз розныя прадметы, забруджаныя выдзяленнямі эразійных сіфілітычных элементаў скуры або слізістых абалонак. Магчыма заражэнне праз пацалунак, укус, а таксама праз прадметы хатняга ўжытку (лыжкі, шклянкі і інш.) — бытавы сіфіліс. Асабліва заразныя хворыя з такімі праяўленнямі сіфілісу, як эразіўны цвёрды шанкр, эразіўныя вузельчыкі (папулы) скуры і слізістых абалонак палавых органаў, поласці рота, у якіх звычайна знаходзіцца вялікая колькасць спірахет. Магчыма заражэнне праз малако хворай маці, а таксама праз сперму, донарскую кроў. Сіфіліс можа перадавацца нованароджанаму дзіцяці, калі яго хворая маці не прайшла поўнага курса лячэння.

Асноўныя сімптомы. Чалавек, які захварэў сіфілісам, спачатку адчувае сябе здаровым. І толькі праз 3 тыдні інкубацыйнага перыяду на месцы ўкаранення бледных спірахет з'яўляецца першая бачная прымета хваробы — бязбольная, цвёрдая навобмацак язвачка — цвёрды шанкр. З яго з'яўленнем пачынаецца першасны перыяд сіфілісу. У гэты час павялічваюцца лімфатычныя вузлы, нярэдка павышаецца тэмпература, узнікае галаўны боль, боль у касцях і інш.

Працягласць гэтага перыяду каля 7 тыдняў. У другасным перыядзе з'яўляюцца высыпанні на скуры або слізістых абалонках і іншыя сімптомы. Калі хворы не выконвае парады доктара, неакуратна лечыцца, злоўжывае алкаголем, то прыкладна праз 5—6 гадоў другасны перыяд змяняецца трацічным перыядам хваробы (апошнім). Трацічны перыяд характарызуецца ўтварэннем бугаркоў і цяжкімі паражэннямі ўнутраных органаў, у тым ліку сардэчна-сасудзістай сістэмы, печані, нервовай сістэмы, касцей і суставаў. Для дыягностыкі сіфілісу выкарыстоўваецца рэакцыя Васэрмана, рэакцыі асаджэння і інш.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Лячэнне сіфілісу праводзіцца паводле дыягназу з выкарыстаннем антыбіётыкаў групы пеніцыліну, прэпаратаў вісмуту, ртуці і інш. Недапушчальна самалячэнне, таму што гэта толькі абцяжарыць дыягностыку і можа прывесці да зацяжнога і больш цяжкага працякання захворвання.

Хвораму неабходна строга выконваць правілы асабістай гігіены (мець асобны ручнік, пасцельную бялізну, посуд і інш.), проціпаказаны курэнне, алкаголь.

Прафілактыка. Грамадская прафілактыка сіфілісу звязана з дыспансэрным абслугоўваннем хворых, выяўленнем крыніц інфекцыі і іх санацыяй, абследаваннем падазроных асоб. Акрамя таго, праводзіцца абследаванне асобных груп насельніцтва (супрацоўнікаў дзіцячых садоў, сістэмы грамадскага харчавання і інш.). Асабістая прафілактыка рэкамендуецца асобам, якія мелі выпадковыя палавыя сувязі. Аднолькава эфектыўным для мужчын і жанчын сродкам асабістай прафілактыкі з'яўляецца прэзерватыў. Пры падазрэнні на магчымасць заражэння неабходна ў першыя гадзіны пасля палавога кантакту звярнуцца ў прафілактычны пункт або скурна-венералагічны дыспансэр. Прафілактыка прыроджанага сіфілісу заключаецца ў своечасовым выяўленні хваробы ў жанчыны яшчэ да цяжарнасці і ў цяжарных з абавязковым даследаваннем крыві і своечасовым лячэннем.

Трыхаманіяз — запаленчае захворванне органаў мочапалавой сістэмы, выкліканае похвеннай трыхаманадай.

Шляхі перадачы захворвання. Часцей за ўсё захворванне перадаецца палавым шляхам. Мужчыны менш успрымальныя да трыхаманадаў, чым жанчыны. Так, толькі 30—40 % мужчын заражаюцца ад сваіх інфіцыраваных сябровак, у той час як 85 % жанчын заражаюцца ад інфіцыраваных партнёраў. Аднак магчыма інфіцыраванне і іншым шляхам, бо трыхаманады застаюцца жыццяздольнымі на бялізне і адзенні на працягу сутак, у сперме — да 6 г, у мачы — каля 3 г, на сядзенні ўнітаза або бідэ — каля гадзіны. У большасці мужчын і 50 % жанчын інфіцыраванне не прыводзіць да прыкметных клінічных праяўленняў захворвання.

Асноўныя сімптомы. У мужчын выкліканае трыхаманадай запаленне мочаспускальнага канала можа суправаджацца толькі нязначнымі слізістымі выдзяленнямі, якія не выклікаюць асаблівай трывогі. Застаючыся знешне практычна здаровым, мужчына, не падазраючы аб хваробе, не лечыцца і служыць пастаяннай крыніцай заражэння. Нялечаны трыхаманіяз можа быць асновай мужчынскай бясплоднасці, пераходзіць у хранічную форму, якая цяжка паддаецца лячэнню. Захворванне ў жанчын праяўляецца жаўтавата-шэрымі гнойнымі пеністымі выдзяленнямі з похвы; адчуваюцца сверб і пякота ў вобласці вонкавых палавых органаў, боль пры палавым акце. Запаленчы працэс можа распаўсюджвацца на матку і яе прыдаткі.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Аснову лячэння хворых трыхаманіязам састаўляюць антыбактэрыяльныя, процігрыбковыя і камбінаваныя прэпараты. Выкарыстоўваюцца таксама антысептыкі і сродкі дэзынфекцыі, асабліва мясцова. Пры выяўленні трыхаманіязу ў аднаго з партнёраў лячэнне абавязкова павінен праходзіць і другі. У перыяд лячэння належыць старанна выконваць правілы асабістай гігіены, штодзённа мяняць бялізну, прасаваць яе, прымаць гігіенічны душ; рэкамендуецца палавое ўстрыманне. Пасля лячэння неабходны перыядычны ўрачэбны кантроль на працягу 2—3 месяцаў.

Для ***прафілактыкі*** трыхаманіязу важна выконваць правілы асабістай і палавой гігіены.

ВІЧ-інфекцыя (вірус імунадэфіцыту чалавека) — цяжкае віруснае захворванне, якое характарызуецца вірусаносьбіцтвам і здольнасцю да перадачы яго іншым людзям. СНІД (сіндром набытага імунадэфіцыту) — канчатковая стадыя развіцця ВІЧ-інфекцыі.

Шляхі перадачы захворвання. Крыніцай заражэння з'яўляецца хворы чалавек. Сярод розных груп насельніцтва існуюць групы рызыкі, якія садзейнічаюць масаваму распаўсюджванню захворвання. Першую групу складаюць гомасексуалісты, таму што пры палавых кантактах паміж мужчынамі часта траўміруецца слізістая абалонка анальнай адтуліны і прамой кішкі, якая мае багатае кровазабеспячэнне. Другая група — наркаманы, заражэнне якіх адбываецца пры выкарыстанні інфіцыраваных шпрыцоў, іголак з астаткамі заражанай ВІЧ-інфекцыяй крыві. Трэцюю групу складаюць людзі, якім была пераліта кроў або яе прэпараты, заражаныя вірусам. Чацвёртая група — гетэрасексуальныя ВІЧ-інфіцыраваныя партнёры. ВІЧ перадаецца: пры гомасексуальных палавых кантактах; пры ін'екцыйным ужыванні наркотыкаў; пры частай змене палавых партнёраў; ад ВІЧ-інфіцыраванай жанчыны дзіцяці пры цяжарнасці, падчас родаў, пры кармленні дзіцяці грудным малаком. ВІЧ не перадаецца: бытавым шляхам; пры рукапацісканні, сяброўскіх пацалунках; пры ўкусах насякомых, у транспарце, пры кашлі і чыханні; у басейне.

Асноўныя сімптомы. Узбуджальнік СНІДу пры трападанні ў арганізм прымацоўваецца да паверхні лімфацыта, пранікае ўнутр, убудоўваецца ў генетычны апарат клеткі і прадуцыруе новыя часціцы вірусу да таго часу, пакуль лімфацыт не загіне. Разбурэнне лімфацытаў прыводзіць да падаўлення імуннай сістэмы арганізма. У выніку заражаны вірусам імунадэфіцыту чалавек хутчэй і часцей хварэе рознымі інфекцыйнымі хваробамі і пераносіць іх у больш цяжкай форме. Развіццё імунадэфіцыту можа адбыцца праз шмат гадоў, але заражаны чалавек увесь гэты час застаецца крыніцай інфекцыі. Найбольш высокія канцэнтрацыі вірусу імунадэфіцыту выяўляюцца ў крыві, сперме, спіннамазгавой вадкасці, крыху менш — у вагінальным сакрэце, сліне, грудным малацэ.

Інкубацыйны перыяд захворвання доўжыцца ад некалькіх тыдняў да 5—10 гадоў. У асобных выпадках скрыты перыяд можа быць значна меншым. У людзей, інфіцыраваных ВІЧ, часта адсутнічаюць сімптомы захворвання. Для СНІДу, канчатковай стадыі ВІЧ-інфекцыі, характэрным з'яўляецца павелічэнне перыферычных лімфатычных вузлоў без прымет запаленчага працэсу ў органах, паражэнне цэнтральнай нервовай сістэмы, перыядычнае павышэнне тэмпературы цела да 38—40 °C.

Адметнымі прыметамі ліхаманкі з'яўляюцца працяглацсь (да 1,5—2 месяцаў і больш) і выражаная ўстойлівасць да лячэння, якое праводзіцца. Хворыя на працягу кароткага часу губляюць да дзесяці і больш кілаграмаў масы цела без бачных прычын, нярэдка ў іх развіваецца пнеўманія, якая спалучаецца з іншымі інфекцыямі. У некаторых хворых асноўнымі сімптомамі з'яўляюцца паражэнні страўнікава-кішачнага тракта з частымі і ўстойлівымі паносамі, якія не паддаюцца лячэнню. Назіраюцца неўралагічныя расстройствы. Хворыя скардзяцца на санлівасць, слабасць, паніжэнне памяці і працаздольнасці.

Асабліва цяжка працякае захворванне ў дзяцей. Хворыя дзеці маюць значна меншую масу цела, чым здаровыя, значна адстаюць у разумовым і фізічным развіцці. Існуюць парушэнні з боку органа зроку (касавокасць, павялічаная вочная шчыліна), адзначаецца дэфармацыя чэрапа. У іх павялічаныя лімфавузлы, печань і селязёнка, пашкоджаныя скурныя покрывы і слізістыя абалонкі. Харчаванне дзяцей выклікае цяжкасці з-за паражэння слізістай ротавай поласці.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. У аснове лячэння СНІДу і экстраннай прафілактыкі ВІЧ ляжыць комплексная процівірусная тэрапія.

У залежнасці ад узбуджальнікаў другаснай інфекцыі, якая ўзнікае на фоне імунадэфіцыту, прапісваецца адпаведнае лячэнне. Ужываюцца прэпараты, якія садзейнічаюць узмацненню імунітэту.

У любых умовах зносін з інфіцыраванымі хворымі пасля сутыкнення з іх крывёй або вадкасцямі арганізма неабходна старанна мыць рукі. Калі ў асоб, якія даглядаюць

хворых, на руках ёсць адкрытыя паражэнні, яны павінны карыстацца пальчаткамі. На ўчасткі з адкрытымі паражэннямі на целе інфіцыраваных хворых трэба накласці асептычную павязку. Забруджаныя паверхні трэба неадкладна ачысціць і апрацаваць сродкамі дэзынфекцыі. Пажадана выкарыстоўваць аднаразовыя ручнікі і сурвэткі, а прылады для мыцця падлогі і мэблі падлягаюць дэзынфекцыі.

Прафілактыка. Асноўным прафілактычным мерапрыемствам супраць СНІДу з'яўляецца палавое выхаванне падрастаючага пакалення, шырокае інфармаванне пра СНІД, яго асаблівую небяспеку, крыніцы заражэння і шляхі распаўсюджвання, меры засцярогі. Акрамя таго, важным з'яўляецца лабараторны кантроль за людзьмі, якія ўваходзяць у групу рызыкі (наркаманы, гомасексуалісты, прастытуткі) і інш.

Пытанні для паўтарэння

1. Якія палавыя асаблівасці характэрны для мужчыны і жанчыны?
2. Раскажыце пра гігіену шлюбу і палавых адносін.
3. Назавіце асноўныя сродкі і спосабы кантрацэпцыі.
4. Якія асаблівасці гігіены цяжарных?
5. Раскажыце пра аборт і яго магчымыя ўскладненні.
6. Дайце характарыстыку венерычным захворванням і СНІДу.

АГУЛЬНЫ ДОГЛЯД ХВОРЫХ І ПАЦЯРПЕЛЫХ

4.1. АСАБЛІВАСЦІ АГУЛЬНАГА ДОГЛЯДУ ХВОРЫХ І ПАЦЯРПЕЛЫХ. ПРАДМЕТЫ ДОГЛЯДУ

Догляд хворых — гэта комплекс лячэбных, дапаможных і гігіенічных мерапрыемстваў, накіраваных на палягчэнне пакут і выздараўленне хворых, а таксама на папярэджанне ўскладненняў захворвання. Догляд хворых уключае стварэнне гігіенічных умоў для хворага, арганізацыю правільнага рэжыму і харчавання хворага, дакладнае выкананне ўсіх рэкамендацый урача, правядзенне мерапрыемстваў, якія садзейнічаюць захаванню і аднаўленню сіл хворага, уважлівае назіранне за ім, ахову аслабелага арганізма ад магчымых ускладненняў, чулае і клапатлівае стаўленне да хворага. Агульны догляд уключае мерапрыемствы, якія праводзяцца незалежна ад характару захворвання. Спецыяльны догляд прадугледжвае дадатковыя дзеянні, якія выконваюцца пры адпаведных захворваннях (унутраных, інфекцыйных, хірургічных, гінекалагічных і інш.). Часта поспех лячэння і прагноз захворвання ў значнай ступені вызначаюцца якасцю догляду. У той жа час недастатковы догляд, несвоечасовае выкананне неабходных маніпуляцый могуць быць прычынай запаволенага выздараўлення, узнікнення цяжкіх ускладненняў і нават смерці хворага.

Для выканання маніпуляцый па доглядзе хворых і пацярпелых выкарыстоўваюць розныя прыстасаванні і інструменты (падкладное судна і мочапрыёмнік, гумавы круг, трымальнік языка, зонд страўнікавы, нацельную і пасцельную бялізну, падкладную цырату, кружку Эсмарха для клізм, аднаразовыя падгузнікі, аднаразовыя шпрыцы і інш.).

Для характарыстыкі агульнага стану хворага важным з’яўляецца назіранне за яго тэмпературай цела, артэрыяльным ціскам, пульсам і дыханнем.

Тэмпература цела здаровага чалавека з'яўляецца адносна пастаяннай. Яе падтрыманне забяспечваецца складанай функцыянальнай сістэмай тэрмарэгуляцыі. Пры павышэнні тэмпературы навакольнага асяроддзя сасуды скуры пашыраюцца, павялічваюцца цеплаправоднасць, цеплааддача і потавыдзяленне, што засцерагае арганізм ад перагравання. Паніжэнне тэмпературы навакольнага асяроддзя прыводзіць да памяншэння цеплааддачы цела чалавека ў выніку звужэння крывяносных сасудаў скуры і павышэння цеплапрадукцыі. Тэмпература цела чалавека бывае ў межах 36,4—36,7 °С з магчымымі сутачнымі ваганнямі ў 0,1—0,6 °С. У прамой кішцы, похве, поласці рота тэмпература на 0,4 °С вышэйшая, чым у падпахавай ямцы, у нованароджаных у пахвіннай складцы яна дасягае 37,2 °С.

Тэрмометр медыцынскі — прыбор для вымярэння тэмпературы цела чалавека. Яго шкала разлічана на дыяпазон тэмператур ад 34 да 42 °С з цаной аднаго дзялення 0,1 °С. Тэрмометр уяўляе сабой шкляны корпус з невялікім рэзервуарам, напоўненым ртуццю, і шкляной трубачкай-капілярам, прымацаванай да шкалы пасярэдзіне корпуса. Пры награванні целам рэзервуара ртуць пашыраецца і выцясняецца ў капіляр да адзнакі, адпаведнай тэмпературы ў момант вымярэння.

Артэрыяльны ціск утвараецца ў артэрыяльнай сістэме арганізма за кошт нагнятальнага дзеяння сардэчных скарачэнняў. На яго ўзровень уплываюць рытм і сіла сардэчных скарачэнняў, супраціўленне сценак артэрыі, колькасць крыві, якая выштурхоўваецца. Артэрыяльны ціск у момант максімальнага ўздыму пульсавай хвалі пасля сісталы (скарачэння) левага жалудачка называюць сісталічным, у перыяд дыясталы (расслаблення) — дыясталічным. Розніца паміж сісталічным і дыясталічным ціскам утварае пульсавы ціск. Павышаны артэрыяльны ціск называюць артэрыяльнай гіпертэнзіяй (гіпертаніяй), паніжаны — артэрыяльнай гіпатэнзіяй (гіпатаніяй), рэзкае павышэнне артэрыяльнага ціску — гіпертанічным крызам, рэзкі спад артэрыяльнага ціску — калапсам.

Пульсам называюць перыядычныя калыханні сценак сасудаў, звязаныя са змяненнем іх крованапаўнення і ціску на працягу аднаго сардэчнага цыкла. Вызначэнне пульсу ў хворых дае неабходную інфармацыю аб стане сардэчна-сасудзістай сістэмы. Адрозніваюць артэрыяльны, вянозны і капілярны пульс. Найбольшае практычнае значэнне мае артэрыяльны пульс, які звычайна прамацваецца ў вобласці прамянёвай артэрыі.

Назіранне за дыханнем хворага мае важнае значэнне для характарыстыкі яго агульнага стану. Неабходна ўмець ацаніць характар дыхання, вызначыць яго частату і рытм. У залежнасці ад удзелу ў дыхальных рухах груднай клеткі або жывата (дыяфрагмы) адрозніваюць грудны тып дыхання (пераважна ў жанчын), брушны (у мужчын) і змешаны.

Пытанні для паўтарэння

1. Якія мерапрыемствы ўключае догляд хворых ў працэсе лячэння?
2. Раскажыце пра тэмпературу цела.
3. Што такое артэрыяльны ціск?
4. Што такое пульс і частата дыхання?

ПРАКТЫЧНЫЯ ЗАНЯТКІ 5

Мэта заняткаў — набыць практычныя навыкі вымярэння тэмпературы цела, артэрыяльнага ціску, падліку пульсу, даследавання частаты дыхання.

Аснашчэнне: медыцынскія тэрмометры, апараты для вымярэння артэрыяльнага ціску, фанендаскопы, кушэтка.

Вымярэнне тэмпературы цела

Тэмпературу цела звычайна вымяраюць у падпахавай вобласці (у дзяцей часам у пахвіннай складцы), прамой кішцы, у похве. Перад вымярэннем тэмпературы цела тэрмометр неабходна асцярожна страсянуць; падпахавую вобласць насуха выціраюць і шчыльна сціскаюць у ёй прыбор на 7—10 хвілін. Тэрмаметрыю, як правіла, праводзяць двойчы на дзень: раніцай і ўвечары. Пры неабходнасці гэта робяць кожныя 2—3 гадзіны. Неабходна сачыць за правіль-

ным становішчам тэрмометра, асабліва ў дзяцей, пажылых людзей і неспакойных хворых, прытрымваючы яго, бо пры няправільным становішчы магчыма скажэнне паказчыкаў. Захоўваюць тэрмометры ў спецыяльнай шклянцы з дэзынфіцыруючым растворам. Існуюць электронныя варыянты тэрмометраў, якія дазваляюць вымяраць тэмпературу цела на некаторай адлегласці.

Вымярэнне артэрыяльнага ціску

Вымяраюць артэрыяльны ціск апаратам з манометрам, звычайна на плечавой артэрыі, дзе ён бліжэй да ціску крыві ў аорце. На плячо хворага манжэтка прыбора накладваецца так, каб паміж ёй і скурай праходзіў палец. Да месца пульсацыі лакцявой артэрыі ў вобласці локцевага згібу прыкладваюць фанендаскоп. Паступова ў манжэтку балонам нагнятаюць паветра і фіксуюць, калі знікае пульсацыя ў сасудзе. Пасля робяць яшчэ некалькі нагнятальных рухаў, затым ціск у манжэтцы паступова паніжаюць, для гэтага вентыль балона крыху адкручваюць. У моманты з’яўлення і знікнення гукавых udараў рэгіструюць паказчык манометра. Першы кароткі, але дастаткова моцны ўдар адпавядае велічыні сісталічнага ціску, паказчыкі ў момант спынення гукавых udараў характарызуюць дыясталічны ціск. Нармальныя паказчыкі сісталічнага (верхняга) артэрыяльнага ціску вагаюцца ў межах 100—140 мм рт. сл., дыясталічнага (ніжняга) — 60—90 мм рт. сл. і ў некаторай ступені залежаць ад узросту чалавека, часу сутак, стану нервовай сістэмы і інш.

Даследаванне пульсу

Пульс звычайна вызначаецца чатырма пальцамі (акрамя вялікага) у месцы крыху вышэй прамянёвазапясцевага сустава так, каб вялікі палец знаходзіўся на тыльнай паверхні перадплечча, а астатнія пальцы прыціскалі скуру на яго пярэдняй паверхні, дзе і прамацваецца пульсуючая прамянёвая артэрыя. У здаровых дарослых людзей частата пульсу складае ад 60 да 80 udараў за мінуту. Рытм пульсу ацэньваюць па рэгулярнасці пульсавых хваль, якія ў здаровых людзей ідуць праз роўныя прамежкі часу (пульс рытмічны).

Пры парушэннях сардэчнага рытму пульсавыя хвалі ідуць праз неаднолькавыя прамежкі часу і пульс становіцца арытмічным.

Вызначэнне колькасці дыхальных рухаў

Частата дыхання вызначаецца ў спакойным стане. Для гэтага неабходна на жывот або грудную клетку хворага палажыць рукі і падлічыць колькасць удыхаў у мінуту. Частата дыхання ў дарослых састаўляе 16—20 удыхаў за мінуту. У трэніраваных людзей і спартсменаў яна можа быць меншай.

4.2. ФІЗІЯЛАГІЧНЫЯ МЕХАНІЗМЫ РЭФЛЕКТОРНАГА ЎЗДЗЕЯННЯ НА КРОВАЗВАРОТ

Вядома, што раздражненне рэцэптараў з дапамогай фізічных і хімічных фактараў (цяпло, холад, механічнае ўздзеянне, лекавыя раздражняючыя рэчывы і інш.) можа выклікаць пэўныя функцыянальныя змяненні ў іншых органах і тканках.

Пад уздзеяннем цяпла пашыраюцца крывяносныя сасуды, паляпшаецца кровазварот скуры, мышцаў, суставаў, унутраных органаў, пачашчаецца колькасць сардэчных скарачэнняў, павышаецца інтэнсіўнасць абменных працэсаў, павялічваецца спажыванне кіслароду і выдзяленне вуглякіслага газу. У выніку гэтага паляпшаецца жыўленне тканак, хутчэй праходзіць зажыўленне запаленчых ачагоў, памяншаецца болевы сіндром. Холад аказвае процілеглае дзеянне: звужаюцца крывяносныя сасуды, паніжаецца лімфаток, памяншаецца крывацёк і ацёчнасць тканак.

Важнае значэнне ў захаванні здароўя маюць водныя працэдуры з рознымі тэмпературнымі рэжымамі. ***Ванны*** — водныя працэдуры, якія выкарыстоўваюцца з гігіенічнай і лячэбна-прафілактычнымі мэтамі. Гігіенічныя ванны з’яўляюцца часткай агульнага догляду хворых. Яны стымулююць фізіялагічныя функцыі скуры, паляпшаюць дзейнасць потавых і сальных залоз, скурнае дыханне і тым самым

узмацняюць абмен рэчываў. Тэмпература вады звычайна 36—38 °C, працягласць працэдуры 20—30 мін, праводзяць іх 1—2 разы на тыдзень. Проціпаказаннямі да выкарыстання гігіенічнай ванны з'яўляюцца гнайнічковыя захворванні скуры, узбуджанасць, вострыя інфекцыйныя захворванні, унутраны крывацёк, цяжкія захворванні ўнутраных органаў.

Лячэбныя ванны ў асноўным выкарыстоўваюць у медыцынскіх установах. У дамашніх умовах лячэбныя ванны прымяняюць толькі ў адзіночных выпадках па рэкамендацыі ўрача. Халодныя і прахалодныя ванны аказваюць танізуючае дзеянне, стымулююць функцыі сардэчна-сасудзістай і нервовай сістэм, узмацняюць абмен рэчываў. Ванны цёплыя і нейтральнай тэмпературы памяншаюць боль, здымаюць мышачнае напружанне, супакойваюць нервовую сістэму, паляпшаюць сон. Гарачыя ванны павышаюць потавыдзяленне і абмен рэчываў, расслабляюча дзейнічаюць на арганізм. У дамашніх умовах у асноўным прымяняюцца ванны хвойныя, гарчычныя, з перманганатам калію і марской соллю.

Для мясцовага ўздзеяння на скурныя покрывы і падлягаючыя тканкі выкарыстоўваюць кампрэсы, гарчычнікі, грэлку, пузыр з лёдам, прымочкі.

Кампрэс уяўляе сабой мнагаслойную лячэбную павязку. Кампрэсы бываюць сухія і вільготныя, агульныя і мясцовыя. Вільготныя кампрэсы падзяляюцца на халодныя, гарачыя, саграавальныя і лячэбныя.

Ужыванне *халодных кампрэсаў* выклікае спазм крывяносных сасудаў у прылеглых унутраных органах, што садзейнічае прыгнечанню запаленчых працэсаў. Вільготныя халодныя кампрэсы (прымочкі) выкарыстоўваюць у першыя гадзіны пасля ўдараў, пры насавых і гемараідальных крывацёках, ліхаманцы. Для гэтага мяккую тканіну складаюць у некалькі слаёў, змочваюць у халоднай вадзе, адціскаюць і прыкладваюць да той або іншай часткі цела (на месца ўдару, лоб хворага, пераноссе). Праз кожныя 2—3 мін кампрэс неабходна мяняць (ён хутка награваецца), зручна карыстацца пры гэтым двума кампрэсамі папераменна. Працягласць працэдуры ад 10 да 40—60 мін.

Гарачыя і сагравальныя кампрэсы забяспечваюць пашырэнне крывяносных сасудаў і павелічэнне кровазвароту ў тканках, аказваюць абязбольваючы і рассысальны эфект. Сагравальны кампрэс павышае тэмпературу, што вядзе да пашырэння паверхневых і глыбокаляжачых крывяносных сасудаў, прыліву крыві да тканак цела і зажыўленню ачагоў запаленчых працэсаў. Паказаннямі для такіх кампрэсаў з'яўляюцца мясцовыя запаленчыя захворванні скуры, падскурнай клятчаткі, мышцаў, суставаў.

Часам для паскарэння зажыўлення запаленчых ачагоў ужываюць паўспіртавыя кампрэсы, кампрэсы з растворам сталовай воцатнай кіслаты (1 чайная лыжка на 0,5 л вады) і інш. Проціпаказаннямі для ўжывання сагравальнага кампрэса з'яўляюцца актыўныя запаленчыя працэсы ў скуры, падскурна-тлушчавай клятчатцы, суставах, сярэднім вуху, крывацёкі і інш.

Мясцовы сагравальны эфект можна атрымаць і ад ужывання ***грэлак***. Яны дастаткова доўга падтрымліваюць высокую тэмпературу, пры якой рэфлекторна пашыраюцца крывяносныя сасуды і здымаюцца спазмы гладкай мускулатуры ўнутраных органаў і болевы сіндром. Абязбольваючы эфект грэлак выкарыстоўваецца пры лячэнні язвавай хваробы, захворваннях печані і жоўцевывадных шляхоў, радыкуліце. Працяглае ўжыванне грэлкі вядзе да гіперпігментацыі скуры (для прафілактыкі гэтай з'явы скуру змазваюць вазелінам). Грэлкі проціпаказаны пры болю ў жываце няяснага характару, злаякасных наваўтварэннях, крывацёках, павышанай згусальнасці крыві, а таксама хворым, якія знаходзяцца ў непрытомным стане. Акрамя гумавых шырока выкарыстоўваюць электрычныя грэлкі з рэгулюемым узроўнем награвання.

Гарчычнікі ўяўляюць сабой стандартныя лісты паперы памерам 6×12 см, пакрытыя слоем абястлушчанага парашку гарчыцы. Тэрмін прыгоднасці гарчычнікаў не перавышае 12 мес. Іх дзеянне абумоўлена тым, што гарчычнае масла выклікае раздражненне скуры, у выніку чаго пашыраюцца крывяносныя сасуды, прычым не толькі скуры, але і, рэфлекторна, глыбей размешчаных тканак і органаў. Пры гэтым акрамя раздражняльнага і адцягваючага дасягаецца

болесуцішальны эфект, паскараецца зажыўленне некаторых запаленчых утварэнняў.

Гарчычнікі выкарыстоўваюць пры неўралгіях, прастудных захворваннях (бранхіт, пнеўманія), стэнакардыі (на левую палавіну груднай клеткі) і галаўным болю (на вобласць патыліцы). Ужыванне іх процілаказана пры розных скурных захворваннях (нейрадэрміце, экзэме, псарыязе і інш.).

Пузыр з лёдам выклікае глыбокае ахаладжэнне тканак, спазмы крывяносных сасудаў, а таксама паніжае адчувальнасць нервовых рэцэптараў. Выкарыстоўваецца для працяглага мясцовага ахаладжэння пры ўнутраных крывацёках, вострых запаленчых працэсах у брушной поласці, пры ўдарах, моцнай ліхаманцы, траўмах, у пасляаперацыйны перыяд.

Пытанні для паўтарэння

1. Як уздзейнічаюць цяпло і холад на кровазварот?
2. Раскажыце пра лячэбнае дзеянне гарчычнікаў, грэлак, пузыра з лёдам.

ПРАКТЫЧНЫЯ ЗАНЯТКІ 6

Мэта заняткаў — набыць практычныя навыкі пастаноўкі кампрэсаў, гарчычнікаў, прымянення грэлкі і пузыра з лёдам.

Аснашчэнне: гарчычнікі, латок для цёплай вады, гумавая грэлка, пузыр для лёду, пергаментная папера, ручнік, бінты, табліцы: «Накладанне гарчычнікаў», «Грэлкі», «Саграваальны кампрэс»; дыяпазітывы, відэафільм па тэме.

Прымяненне саграваальных кампрэсаў.
Паслядоўнасць выканання:

● падрыхтоўваюць 8-слойную марлевую сурвэтку памерам, роўным участку цела, на які накладваецца кампрэс, затым выразаюць кампрэсную паперу або цырату на 1—2 см большую за марлевую сурвэтку з ўсіх бакоў (ізалюючы слой);

● падрыхтоўваюць слой ваты, крыху большы па памеры за кампрэсную паперу, а таксама бінт для фіксацыі кампрэсу;

● змочваюць 40 %-ным этылавым спіртам марлевую сурвэтку і прыкладваюць яе да хворага ўчастка цела;

● фіксуюць кампрэс турамі бінту і пакідаюць на 6—8 гадзін;

● пасля здымання кампрэса на скуру накладваюць цёплую сухую павязку.

Прымяненне гарчычнікаў. Паслядоўнасць выканання:

● вызначаюць месца пастаноўкі гарчычнікаў, апускаюць іх на 5—10 с у цёплую ваду (40—45 °C) і шчыльна прыкладваюць да скуры гарчычным бокам (пры павышанай адчувальнасці скуры пад гарчычнікі падкладваюць папяровую сурвэтку);

● пакрываюць хворага ручніком, затым коўдрай;

● праз 5—15 мін здымаюць гарчычнікі, рэшткі гарчыцы выдаляюць са скуры вільготным ватным тампонам, прасушваюць скуру ручніком;

● пачырванелыя ўчасткі скуры змазваюць вазелінавым маслам.

Прымяненне грэлкі. Паслядоўнасць выканання:

● напаўняюць грэлку гарачай вадой на 2/3 аб'ёму, выдаляюць паветра з яе шляхам націскання да з'яўлення вады ў горлачку і закручваюць корак;

● заварочваюць грэлку ў пялёнку і падаюць яе хвораму;

● правяраюць праз 5 мін, ці няма перагравання тканак;

● здымаюць грэлку пасля астывання.

Прымяненне пузыра з лёдам. Паслядоўнасць выканання:

● напаўняюць пузыр дробна наколатым лёдам да палавіны аб'ёму і выдаляюць паветра, закручваюць корак;

● заварочваюць пузыр у ручнік або складзеную ў некалькі разоў пялёнку;

● прыкладваюць пузыр да прызначанага месца або падвешваюць. Можна трымаць на працягу сутак, але праз кожныя 20—30 мін яго здымаюць на 10—15 мін. У асобных выпадках пузыр замарожваюць у маразільнай камеры бытавога халадзільніка.

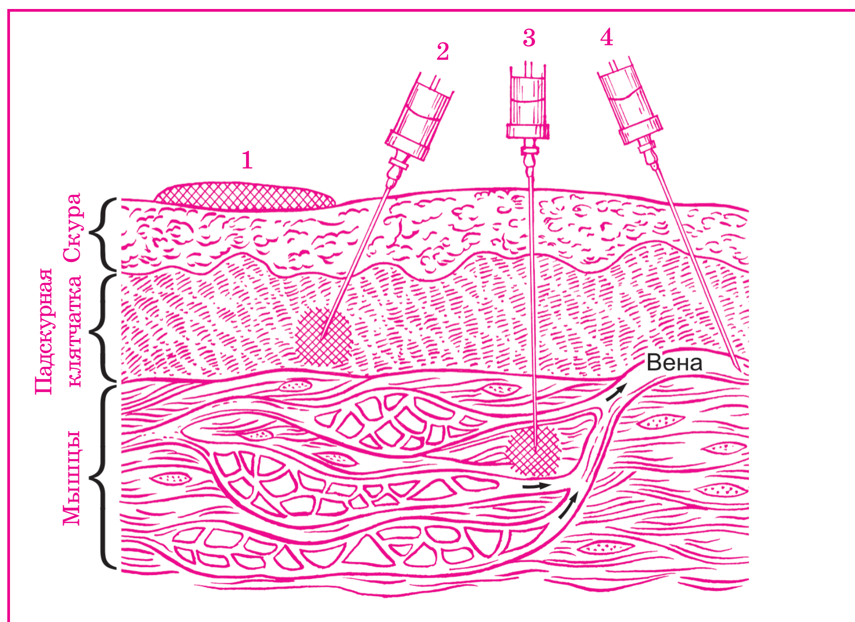
4.3. АСНОЎНЫЯ ШЛЯХІ ЎВЯДЗЕННЯ Ў АРГАНІЗМ ЛЕКАВЫХ СРОДКАЎ

Ад шляхоў увядзення лекавага сродку ў арганізм залежыць магчымасць пападання яго ў месца дзеяння (напрыклад, у ачаг запалення), хуткасць яго засваення, эфектыўнасць лячэння. Адрозніваюць энтэральныя (праз стрававальны тракт) і парэнтэральныя (мінуючы стрававальны тракт) шляхі ўвядзення. Гэтыя шляхі ўвядзення маюць пэўнае практычнае значэнне ў лячэбнай практыцы.

Энтэральны шлях уключае: увядзенне прэпарата ўнутр праз рот, або перaральна; пад язык, або сублінгвальна; у прамую кішку, або рэктальна. Прыём прэпарата *праз рот* — найбольш просты і натуральны шлях у лячэнні захворванняў унутраных органаў. Лекавыя рэчывы прымаюць унутр у форме раствораў, парашкоў, таблетак, капсул і пілюль. Прымяненне прэпарата *пад язык* абумоўлена ўласцівасцю некаторых лекавых сродкаў добра ўсмоктвацца праз слізістую абалонку ротавай поласці, якая мае добрае кровазабеспячэнне, таму рэчывы, якія ўсмоктваюцца праз яе, хутка пападаюць у ток крыві і пачынаюць дзейнічаць праз кароткі час. *Рэктальнае* ўвядзенне прэпарата абумоўлена тым, што прамая кішка здольна хутка ўсмоктваць многія лекавыя сродкі. Пры рэктальным увядзенні прэпарата ў арганізме ствараецца больш высокая канцэнтрацыя лекавых рэчываў, чым пры перaральным. Рэктальна ўводзяць свечкі (супазіторыі) і вадкасці з дапамогай клізм.

Да ***парэнтэральных*** спосабаў прымянення лекавых сродкаў адносяцца розныя віды ін’екцый, інгаляцыі, электрафарэз, паверхневае нанясенне прэпаратаў на скуру і слізістыя абалонкі (рыс. 48).

Унутрывенна ўводзяцца лекавыя рэчывы ў форме: водных раствораў, што забяспечвае хуткае паступленне і дакладнае дазіраванне эфекту; хуткае спыненне паступлення прэпарата ў кроў пры ўзнікненні пабочных рэакцый і інш. *Унутрыартэрыяльнае* ўвядзенне выкарыстоўваецца, калі неабходна хутка стварыць высокую канцэнтрацыю прэпа-



Рыс. 48. Парэнтэральныя шляхі ўвядзення лекавых сродкаў у арганізм:
1 — надскурны; *2* — падскурны; *3* — унутрымышачны; *4* — унутрывенны

рата толькі ў адпаведным органе (печань, сасуды канечнасцей і інш.). *Унутрымышачна* ўводзяцца водныя, масляныя растворы і суспензіі лекавых рэчываў, што дае адносна хуткі эфект. *Падскурна* ўводзяцца водныя і масляныя растворы. Пры гэтым засваенне лекаў адбываецца павольней, лячэбны эфект праяўляецца паступова. Шляхам *інгаляцыі* ўводзяцца ў арганізм газы (лятучыя анастэтыкі), парашкі і аэразолі. Для атрымання лакальнага эфекту на паверхню скуры або слізістых абалонак наносяцца лекавыя сродкі *мясцова*, або *надскурна*. З дапамогай *электрафарэзу* ажыццяўляецца перанос лекавых рэчываў з паверхні скуры ў глыбейляжачыя тканкі з дапамогай гальванічнага току.

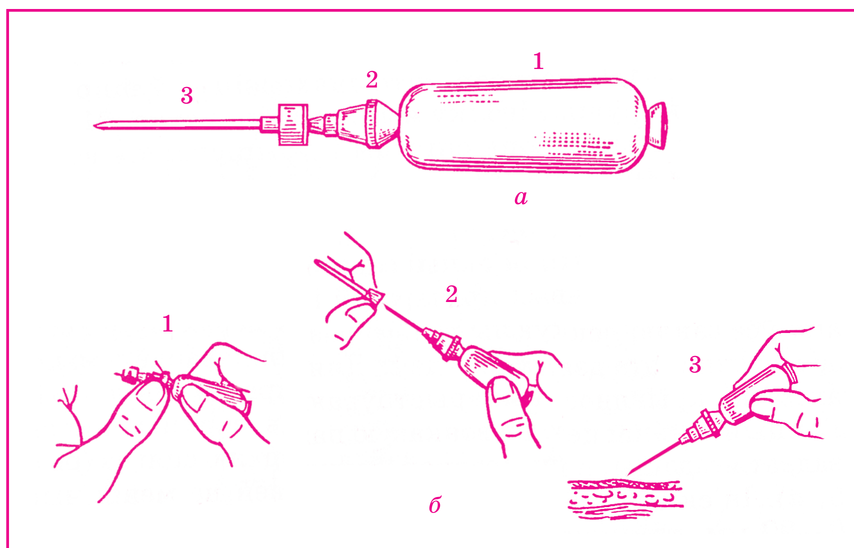
Правілы правядзення ін’екцый. У цяперашні час ін’екцыі робяць толькі аднаразовымі шпрыцамі рознага аб’ёму (ад 1 да 20 см^3 і больш). Іголкі да іх выпускаюцца даўжы-

нёй ад 1,5 да 10 см і больш і дыяметрам ад 0,3 да 2 мм, стэрылізуюцца ў завадскіх умовах з указаннем тэрміну прыгоднасці.

Перад тым як набраць лекавае рэчыва з ампулы, неабходна ўважліва зверыць адпаведнасць яго назвы з назвай прэпарата, назначанага хвораму, вызначыць прыгоднасць лекавага сродка па знешнім выглядзе і маркіроўцы. Каб адкрыць ампулу, яе падпілоўваюць пілачкай, апрацоўваюць ватным шарыкам, змочаным у спірце. Адкрытую ампулу бяруць у левую руку, правай рукой уводзяць у яе іголку шпрыца і набіраюць лекавае рэчыва. Трымаючы шпрыц вертыкальна, выдаляюць з яго паветра да з'яўлення на канцы іголкі кроплі вадкасці, затым яе замяняюць на стэрыльную. Калі прэпарат набіраюць з флакона, то спачатку яго металічны каўпак апрацоўваюць ватным шарыкам, змочаным у спірце, а яго цэнтральную частку здымаюць стэрыльным тампонам. У падрыхтаваны шпрыц набіраюць паветра ў аб'ёме лекавага сродку, які трэба ўвесці хвораму, для ўтварэння павышанага ціску і праколваюць іголкай гумавы корак. Флакон паварочваюць дном уверх і набіраюць неабходную колькасць лекавага сродку, мяняюць іголку і, выштурхнуўшы са шпрыца паветра, робяць укол.

Лекавыя сродкі для ін'екцый, якія знаходзяцца ў флаконе ў выглядзе парашка, трэба папярэдне растварыць. Для гэтага ўжываюць 0,25—0,5 %-ныя растворы навакаіну, ізатанічны раствор натрыю хларыду, дыстыляваную ваду.

Асобую канструкцыю шпрыцоў уяўляе сабой шпрыц-цюбік у выглядзе поліэтыленавай празрыстай ампулы (рыс. 49). На звужанай яе частцы прыкручана іголка, якая мае поліэтыленавую канюлю з рабрыстым абадком. Ніжняй часткай іголка выходзіць у прасвет канюлі і пры закручванні да канца праколвае герметычна запаяную ампулу з лекавым сродкам. Зверху на іголку надзеты поліэтыленавы каўпачок. Лекавае рэчыва ў ампуле і іголка шпрыц-цюбіка стэрыльныя, у зыходным становішчы іголка не закручана да канца. Пры ўвядзенні лекавага рэчыва шпрыц-цюбік бяруць у адну руку, а другой вярчальнымі рухамі



Рыс. 49. Шпрыц-цюбік:
а — агульны выгляд: *1* — корпус; *2* — канюля з іголкай; *3* — ахоўны каўпачок; *б* — прымяненне: *1* — праколванне мембраны ў корпусе паваротам канюлі да канца; *2* — здыманне каўпачка з іголкі; *3* — становішча пры ўколванні іголкі

прасоўваюць абадок у бок ампулы да канца. Пасля гэтага здымаюць каўпачок і трымаюць шпрыц-цюбік іголкай ўверх, выціскаюць з яго паветра да з'яўлення кроплі вадкасці на канцы іголкі і робяць ін'екцыю.

Пры выкананні ін'екцый патэнцыяльна магчыма ўзнікненне ўскладненняў: з'яўленне інфільтрату, абсцэсу, інфіцыраванне арганізма, медыкаментозная эмбалія, алергічныя рэакцыі і інш.

Інфільтратам называюць накапленне ў тканках клетачных элементаў, крыві, лімфы, якое суправаджаецца мясцовым зацвярдзеннем і павелічэннем аб'ёму тканак. Гэта найбольш частае ўскладненне падскурных і ўнутрымышачных ін'екцый, выкананых з парушэннем тэхнікі ўвядзення лекавых сродкаў. Пры ўтварэнні інфільтратаў рэкамендуюцца мясцовыя сагравальныя кампрэсы, грэлкі.

Абсцэс — гнойнае запаленне мяккіх тканак з утварэннем поласці. Яго ўтварэнне можа быць вынікам недастат-

ковага абеззаражвання месца правядзення ін'екцыі, ужывання забруджаных іголак і інш. Лячэнне абсцэсаў часцей за ўсё хірургічнае.

Перадача інфекцыі (вірусны гепатыт, СНІД) таксама адбываецца пры выкарыстанні недастаткова стэрыльных шпрыцоў.

Медыкаментозная эмбалія назіраецца часам пры падскурных ін'екцыях масляных раствораў або пры ўнутрымышачных ін'екцыях, калі парушаецца тэхніка ўвядзення лекаў.

Алергічныя рэакцыі — вельмі частыя ўскладненні ін'екцый. Найбольш сур'ёзнай алергічнай рэакцыяй на фоне лекавай тэрапіі з'яўляецца анафілактычны шок, які можа развіцца раптоўна і характарызуецца рэзкім паніжэннем артэрыяльнага ціску, спазмам бронхаў, стратай прытомнасці.

Пытанні для паўтарэння

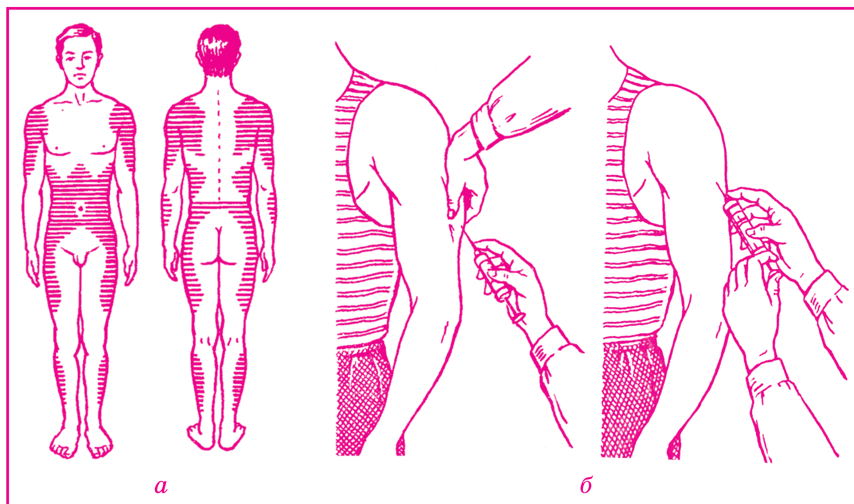
1. Якія існуюць шляхі ўвядзення лекавых сродкаў?
2. Раскажыце пра правілы правядзення ін'екцый.
3. Пералічыце магчымыя ўскладненні ін'екцый.

ПРАКТЫЧНЫЯ ЗАНЯТКІ 7

Мэта заняткаў — набыць практычныя навыкі па падскурным і ўнутрымышачным увядзенні лекавых сродкаў, адпрацаваўшы іх на фантомах.

Аснашчэнне: аднаразовыя шпрыцы, ампулы, флаконы (з умоўна стэрыльным лекавым прэпаратам, фантомы верхняй канечнасці і ягадзіцы або паралонавыя падушачкі ў замену ім); табліцы «Спосабы ўвядзення лекавых рэчываў», «Шпрыцы», дыяпазітывы, відэафільм па тэме.

Правядзенне заняткаў. Настаўнік дэманструе навучэнцам тэхніку набору лекавага рэчыва з ампулы, флакона; паказвае на фантоме, як правільна зрабіць падскурную, унутрымышачную ін'екцыю, як увесці лекавыя рэчывы з дапамогай шпрыц-цюбіка. Асаблівая ўвага надаецца правілам асептыкі і антысептыкі. Неабходна, каб перад ін'екцыяй навучэнцы апрацавалі рукі і месцы ін'екцыі сродкамі дэзынфекцыі.



Рыс. 50: *а* — найбольш зручныя месцы для правядзення падскурных ін’екцый; *б* — тэхніка правядзення падскурных ін’екцый

Выкананне падскурнай ін’екцыі

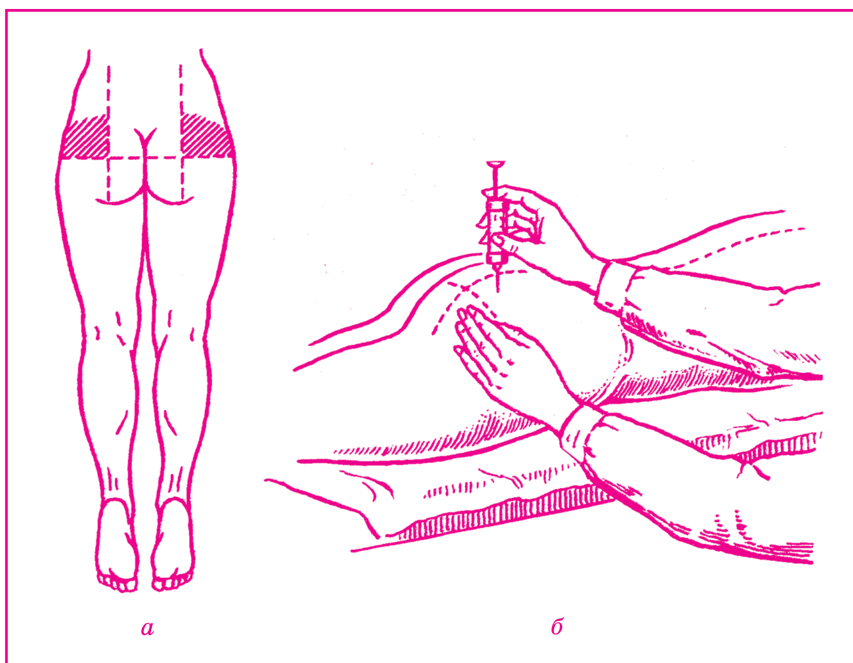
Падскурныя ін’екцыі выкарыстоўваюць для ўвядзення лекавых прэпаратаў, якія добра разыходзяцца ў падскурна-тлушчавай клятчатцы. Найбольш зручнымі месцамі для падскурнага ўвядзення лекаў з’яўляюцца вонкавыя паверхні пляча і бядра, падлапаткавая вобласць, пярэдняя і бакавая паверхні брушной сценкі (рыс. 50, *а*).

Паслядоўнасць выканання:

- пасля стараннай апрацоўкі скуры ватным тампонам, змочаным у спірце, левай рукой захопліваюць скурную складку, а правай уводзяць іголку зрэзам уверх у аснову складкі на глыбіню 20—30 мм пад вуглом 32—45 °C;
- павольна ўводзяць раствор, які знаходзіцца ў шпрыцы, хутка дастаюць іголку;
- месца ўколу зноў праціраюць спіртам і прыціскаюць тампонам (рыс. 50, *б*).

Выкананне ўнутрымышачнай ін’екцыі

Унутрымышачныя ін’екцыі садзейнічаюць хутчэйшаму засваенню лекавых прэпаратаў. Адбываецца гэта дзякуючы



Рыс. 51: а — разлік месца правядзення ўнутрымышачных ін'екцый; *б* — тэхніка правядзення ўнутрымышачных ін'екцый

вельмі разгалінаванай у мышцах сетцы крываносных сасудаў. Для правядзення такіх ін'екцый часцей за ўсё выкарыстоўваюць верхневонкавы квадрат ягадзіцы, пярэдневонкавую паверхню бядра (рыс. 51, *а*).

Паслядоўнасць выканання:

- месца ін'екцыі апрацоўваюць спіртам, шпрыц бяруць правай рукой, фіксуюць цыліндр, поршань і хутка ўводзяць іголку ў мышцу на глыбіню 50—70 мм пад прамым вуглом;
- крыху адцягнуўшы поршань, правяраюць, ці не з'яўляецца ў шпрыцы кроў, і ўводзяць лекавы сродак (рыс. 51, *б*);
- пасля ўвядзення прэпарата да месца ін'екцыі прыкладваюць стэрыльны ватны шарык, змочаны ў спірце, месца ўвядзення лёгка масіруюць.

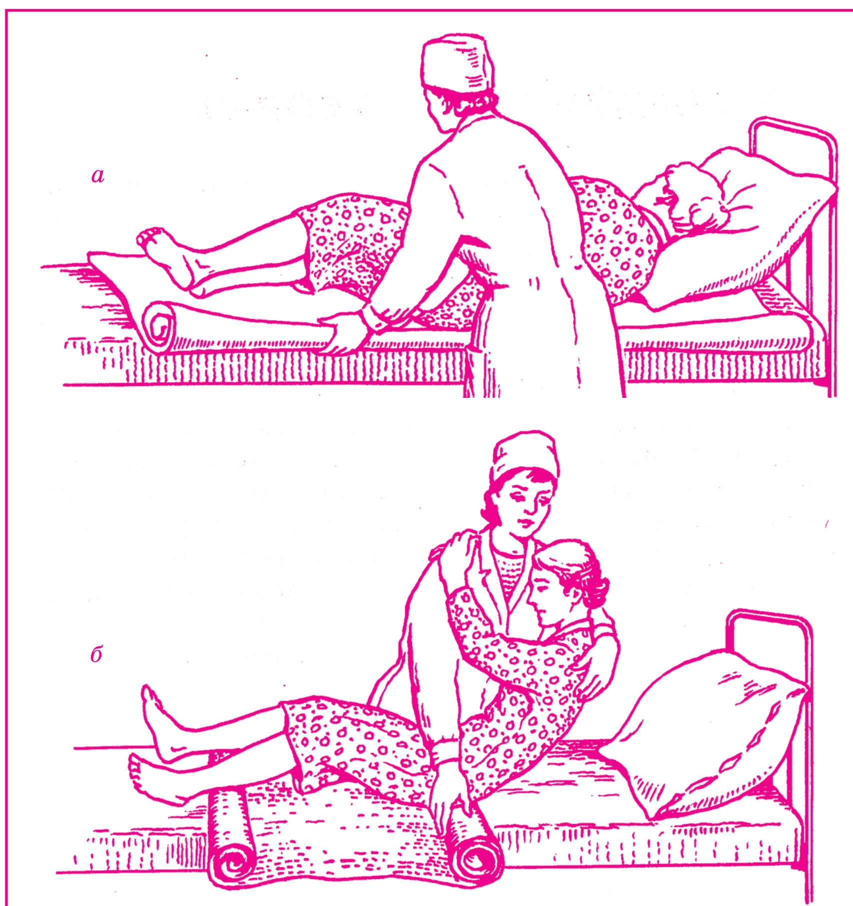
4.4. АСАБІСТАЯ ГІГІЕНА ХВОРЫХ

Пры многіх захворваннях хворы можа захоўваць актыўны стан, што дазваляе яму выконваць тыя або іншыя адвольныя рухі, самастойна перамяшчацца, прымаць ежу, займацца асабістай гігіенай і г. д. У выпадку немагчымасці актыўных рухаў і маларухомасці прынята гаварыць пра пасіўны стан хворага. Вымушанае становішча хворы выбірае для палягчэння і памяншэння болевых сімптомаў (задышка, кашаль, боль). Прыкладам яго служыць сядзячае становішча хворых з дыхальнай і сардэчнай недастатковасцю і застоем крыві ў кругах кровазвароту.

Рэжым хворага можа быць пасцельным (хвораму дазваляецца паварочвацца ў ложку), паўпасцельным (можна сядзець у ложку) і агульным (без істотных абмежаванняў рухальнай актыўнасці). Неабходнасць забеспячэння цяжкахвораму зручнага становішча ў ложку абумоўліваюць патрабаванні да яго канструкцыі. Найбольш адпавядае гэтым патрабаванням так званы *функцыянальны ложак*, канцы якога можна ўзняць, каб надаць хвораму найлепшае для яго становішча.

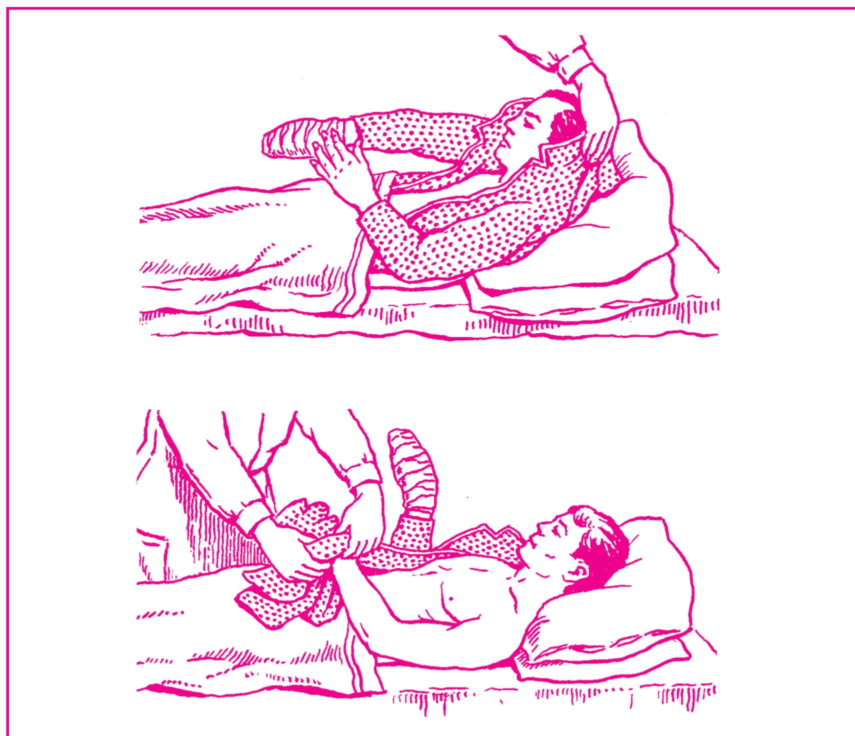
Правільная падрыхтоўка ложка і кантроль за ім маюць вялікае значэнне ў доглядзе цяжкахворых пацыентаў. Матрац на ложку павінен быць дастатковай даўжыні і шырыні, з роўнай паверхняй, падушкі мяккія, з пяра, коўдра адпавядаць пары года. Ложак можа быць нікеляваны або драўляны, каб лягчэй было праводзіць дэзінфекцыю і вільготную апрацоўку. Для дзяцей выкарыстоўваюць ложкі з улікам іх узросту. Сетка ложка павінна быць добра нацягнута, з роўнай паверхняй, каля ложка неабходна тумбачка, дзе знаходзяцца прадметы асабістай гігіены, а для дзяцей — цацкі, кнігі і інш.

Пасцельную і нацельную бялізну мяняюць у залежнасці ад стану хворага. Гэта трэба рабіць умела, не ствараючы для хворага нязручнасцей, імкнучыся не выклікаць боль. Практыкуюцца два спосабы замены пасцельнай бялізны на ложку (гл. рыс. 52).



Рыс. 52. Замена пасцельнай бялізны ў цяжкахворага:
а — першы спосаб; *б* — другі спосаб

Першы спосаб прымяняюць, калі хворы можа сам паварочвацца на ложку. Ён выконваецца так: чыстую прасціну скручваюць па даўжыні да палавіны; падымаюць галаву хворага, вымаюць з-пад яе падушку; хворага перасоўваюць на край ложка, павярнуўшы яго на бок; брудную прасціну скручваюць па ўсёй даўжыні ў напрамку да хворага. На свабодную частку ложка рассцілаюць чыстую прасціну, паварочваюць хворага так, каб ён апынуўся на чыстай прасціне; здымаюць брудную прасціну і на яе месца распраўляюць чыстую.



Рыс. 53. Замена нацельнай бялізны ў цяжкахворага

Другі спосаб ужываецца ў выпадку, калі хвораму забаронены актыўныя рухі ў ложку. Спачатку чыстую прасціну скручваюць валікам, кладуць папярок ложка, асцярожна падымаюць верхнюю частку тулава і хутка скручваюць брудную прасціну, прыбіраючы яе з-пад галавы. На вызваленую частку ложка кладуць чыстую прасціну, апускаюць на яе хворага. Затым паслядоўна падымаюць таз, ногі і працягваюць рассцілаць чыстую прасціну, замяняючы ёю брудную.

Нацельную бялізну цяжкахвораму, які знаходзіцца на строгім пасцельным рэжыме, мяняюць так: бяруць кашулю за край, здымаюць яе праз галаву і затым вызваляюць рукі. Чыстую бялізну апранаюць у адваротным парадку. Калі ў хворага пашкоджана адна рука, кашулю спачатку здымаюць са здаровай, а чыстую пачынаюць апранаць адразу з хворай рукі (рыс. 53).

Рыс. 54: а — апрацоўка поласці рота; *б* — закапванне хвораму вочных капель

Догляд валасоў прадугледжвае мыццё галавы, расчэсванне валасоў і інш. Тлустыя валасы мыюць адзін раз на тыдзень, сухія і нармальныя — адзін раз на 10 дзён.

Догляд поласці рота займае важнае месца ў асабістай гігіене хворага (рыс. 54, *а*). Пры многіх захворваннях, якія суправаджаюцца ліхаманкай, мікробы ў поласці рота могуць актыўна размнажацца, што прыводзіць да пашкоджання слізістай абалонкі, зубоў, да ўзнікнення трэшчын у вуглах рота, сухасці вуснаў. Таму хворы, здольны да самастойных дзеянняў, павінен чысціць зубы два разы на дзень, паласкаць рот вадой пасля кожнага прыёму ежы. Асабліва гэта важна для дзяцей. Ротавую поласць цяжкахворага прамываюць 0,5 %-ным растворам натрыю гідракарбанату.

Пры наяўнасці ў хворага *выдзяленняў з вачэй*, якія склейваюць павекі, засохлыя скурачкі размочваюць з дапамогай ватнага тампона, змочанага 2 %-ным растворам борнай кіслаты, затым прамываюць вочы цёплай кіпячонай вадой або фізіялагічным растворам. Пры захворванні вачэй іх закапваюць вадкімі лекамі або змазваюць (рыс. 54, *б*). Перад такой працэдурай неабходна старанна вымыць рукі з мылам. Лекавыя прэпараты ўводзяць наступным чынам: ніжняе павека адцягваюць увільготненым тампонам, пасля

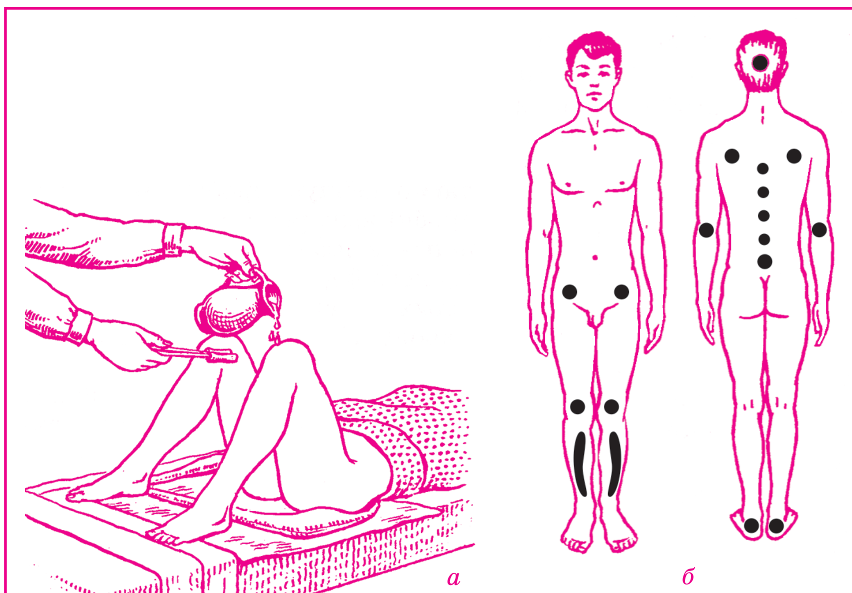
чаго капаюць піпеткай 1—2 кроплі на слізістую абалонку (бліжэй да носа) або шырокім канцом шкляной палачкі наносяць на яе вочную мазь.

Гігіенічная *апрацоўка вушэй, поласці носа* праводзіцца, калі хворы не можа самастойна мыцца і ачысціць нос ад слізі. У многіх выпадках узнікае неабходнасць ачышчэння вонкавага слыхавога праходу ад сернай пробкі. Для гэтага ў вуха закапваюць некалькі капель 3 %-нага раствору перакісу вадароду або стэрыльнага вазелінавага масла, а затым ватным тампонам (для дзяцей) або вушным зондам (для дарослых) выдаляюць серную пробку, адцягваючы вушную ракавіну левай рукой уверх. Скурачкі з поласці носа ў дзяцей выдаляюць з дапамогай ватнага тампона, у дарослых — спецыяльным зондам, папярэдне змазаным перакісам вадароду або вазелінавым маслам, гліцэрынай.

Догляд скуры мае вялікае значэнне, асабліва для хворых, якія доўгі час знаходзяцца ў пасцелі, і для дзяцей. Скурныя покрывы ў гэтых выпадках праціраюць ручніком або ватна-марлевым тампонам, змочаным дэзынфіцыруючым сродкам (паўспіртавы раствор, адэкалон, сталовы воцат, камфарны спірт і інш.). Асабліва старанна праціраюць скуру за вушамі, пад малочнымі залозамі, спіну, шыю, ягадзіцы, падпахавыя і пахвінныя складкі. Рукі мыюць перад кожным прыёмам ежы, ногі — 2—3 разы на тыдзень. Пазногці стрыгуць малымі нажніцамі, затым апрацоўваюць дэзынфіцыруючымі сродкамі. Скурныя покрывы палавых органаў і прамежнасці неабходна падмываць кожны дзень (гл. рыс. 55, *а*). Пры адсутнасці проціпаказанняў гігіенічную ванну або душ прымаюць адзін раз на тыдзень.

Забруджванне скурных покрываў сакрэтамі потавых, сальных залоз і іншымі выдзяленнямі выклікае моцны сверб, расчэсванне, інфіцыраванне скуры, што садзейнічае з'яўленню пролежняў.

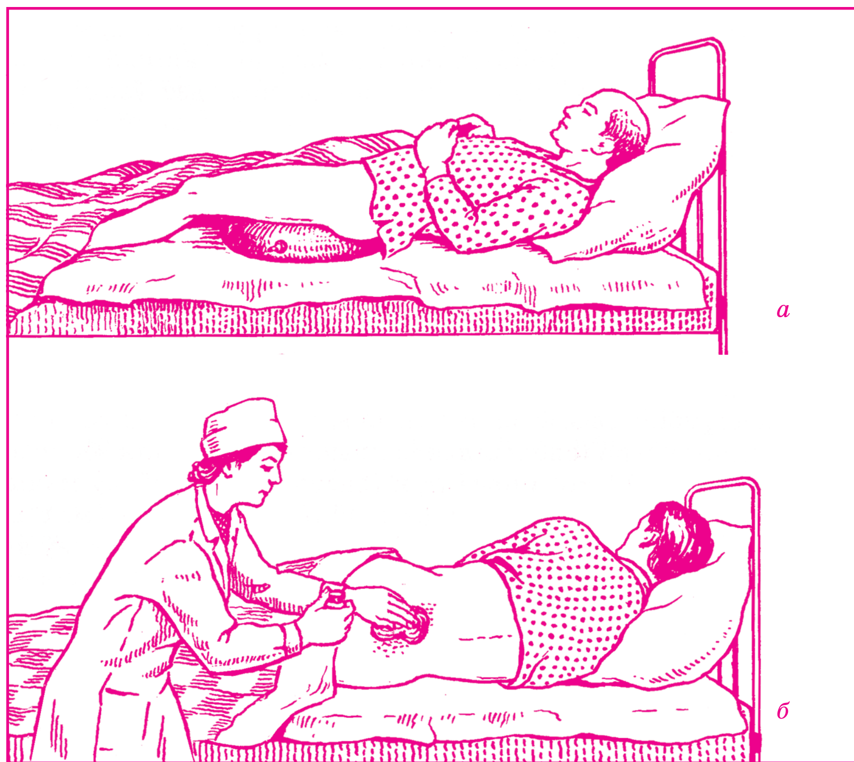
Пролежнямі называюць месцы змярцвення мяккіх тканак скуры (падскурна-тлушчавай клятчаткі) пры працяглым ціску на іх ва ўмовах парушанага кровазвароту і інервацыі. Яны часцей з'яўляюцца на тых участках цела, дзе праслойка мышачных тканак і падскурнай тлушчавай



Рыс. 55: а — падмыванне хворай; *б* — месцы, дзе часцей утвараюцца пролежні

клятчаткі вельмі тонкая, а скура непасрэдна прымыкае да касцявых выступаў — на патыліцы, крыжы, лапатках, на буграх пятачнай косці, лакцях, у вобласці ягадзіц, асцістых адросткаў пазваночніка (рыс. 55, *б*). Развіццю пролежняў садзейнічаюць працяглая нерухомасць хворага, глыбокія парушэнні абменных працэсаў, траўмы, паралічы і іншыя фактары. Спачатку ўзнікае пабяленне скуры, якое змяняецца пачырваненнем, ацёчнасцю і адслойваннем эпідэрмісу, некрозам скуры з далучэннем інфекцыі.

Прафілактыка пролежняў забяспечваецца пастаянным кантролем за скурнымі покрывамі цяжкахворага, яго нацельнай і пасцельнай бялізнай, прымяненнем спецыяльных сродкаў. Хворым неабходна кожныя дзве гадзіны мяняць становішча цела, аглядаць месцы магчымага ўтварэння пролежняў. Важна: сачыць, каб на прасціне не было загібаў, складак; адразу мяняць мокрую або забруджаную бялізну; пад крыж хворага можна падкласці гумавы круг (рыс. 56, *а*), пакрыты пялёнкай, пад пяткі і локці — ватна-марлевыя кругі. Выкарыстоўваюць таксама процірпролежневы матрац.



Рыс. 56: а — прымяненне падкладнога круга для прафілактыкі пролежняў; *б* — апрацоўка скуры хворага з пролежнямі

Раніцай і ўвечар хвораму неабходна абмываць месцы, дзе ўзнікаюць пролежні, вадой, растворам камфарнага або саліцылавага спірту, таніну, разведзеным воцатам або адэкалонам (рыс. 56, *б*).

Лячыць пролежні цяжка. У пачатковай стадыі рэкамендуецца змазваць пашкоджаныя ўчасткі 5—10 %-ным растворам ёду, 1 %-ным растворам брыльянтавай зелені, 5—10 %-ным растворам перманганату калію. Пры наяўнасці пашкоджаных участкаў ужываюць разнастайныя мазевыя павязкі, агульнастымулюючую тэрапію і інш.

Хворыя, якія знаходзяцца на пасцельным рэжыме, вымушаны лежачы рабіць свае фізіялагічныя адпраўленні. У такіх выпадках хворым падаюць *падкладное судна* (спе-

цыяльнае прыстасаванне для збору экскрэментаў) і *мочапрыёмнік* (пасудзіна для збору мачы), дзецям — гаршчок. Судна павінна быць чыстым, з неабходнай колькасцю вады. Для хворых з пролежнямі выкарыстоўваюць гумавае падкладное судна. Пасля выкарыстання судна мыюць гарачай вадой і дэзынфіцыруюць 1 %-ным растворам хлараміну або іншымі сродкамі для дэзынфекцыі.

Пытанні для паўтарэння

1. У чым заключаецца догляд цяжкахворых?
2. Назавіце паслядоўнасць змены бялізны ў цяжкахворых.
3. Раскажыце пра прафілактыку ўтварэння пролежняў.

4.5. ГІГІЕНА ЗРОКУ

Для захавання нармальнага зроку вялікае значэнне маюць спрыяльныя гігіенічныя ўмовы. Асаблівая ўвага павінна быць накіравана на правільнае і дастатковае асвятленне. У пакоі найлепшым з'яўляецца левабаковае натуральнае асвятленне, якое забяспечвае камфортныя ўмовы бачнасці. Каб дзённае святло свабодна праходзіла ў пакой, трэба ўтрымліваць падаконнікі свабоднымі, а аконнае шкло ў чысціні. Наяўнасць светлых штор на вокнах можа значна паменшыць сляпучае дзеянне прамых сонечных промняў. Натуральная асветленасць памяшкання паляпшаецца, калі сцены, столь афарбаваны ў светлыя колеры, якія добра адбіваюць святло і спрыяльна ўплываюць на самаадчуванне чалавека. Для штучнага асвятлення лепш за ўсё падыходзяць свяцільнікі з лямпамі накальвання або люмінісцэнтнымі лямпамі. Апошнія асабліва блізка падыходзяць па сваіх характарыстыках да дзённага святла і прыемныя для вачэй. Увечар варта карыстацца лямпай 40—60 Вт з матавым каўпаком. Адлегласць ад вачэй да кнігі не павінна быць большай за 30—35 см, што стварае аптымальныя ўмовы для чытання або пісьма. Не трэба чытаць пры дрэнным асвятленні, на хаду, падчас язды ў транспарце. Няўстойлівае становішча кнігі або газеты не толькі абцяжарвае чытанне, але і ўзмацняе нагрузку на орган зроку.

Рэкамендуецца чаргаваць зрокавую работу з адпачынкам для вачэй. Праз кожныя 30—40 мін заняткаў неабходны 10-мінутны перапынак. Тэлевізійныя перадачы лепш глядзець, знаходзячыся не бліжэй як у 2,5 м ад экрана, ва ўмерана асветленым пакоі.

Адным з асноўных напрамкаў развіцця сучаснай школы з'яўляецца камп'ютарнае навучанне школьнікаў. Заняткі з камп'ютарамі актывізуюць разумовую дзейнасць навучэнцаў, павышаюць інфармацыйную ёмістасць уроку. Аднак у той жа час яны павялічваюць нагрузку не толькі на нервовую сістэму, але і на орган зроку. Падчас работы з камп'ютарамі адзначаюцца наступныя скаргі: мільгаценне «мушак», пацямненне ў вачах, дваенне, галавакружэнне, паніжэнне вастрыні зроку і інш. Класы для работы з камп'ютарамі абсталююць індывідуальнымі рабочымі месцамі. Памеры мэблі камп'ютарных класаў павінны адпавядаць антрапаметрычным даным навучэнцаў. На стале неабходна прадугледзець месца для сшыткаў і кніг. Заняткі за адным дысплеем двух і больш чалавек недапушчальныя, таму што парушаюцца ўмовы бачання і ўзнікае выражаная зрокавая стомленасць. У класах для работы з камп'ютарамі павінна быць натуральнае асвятленне, сталы размяшчаюцца такім чынам, каб святло падала толькі злева. Прыборы штучнага асвятлення павінны забяспечваць дастатковы і раўнамерны ўзровень асвятлення ўсяго памяшкання пры змяненні вонкавага асвятлення на працягу дня.

Найбольшая бесперапынная працягласць работы з камп'ютарам залежыць ад узросту і можа вагацца ад 15 да 60 мін. Пасля 15—25 мін работы з экранам неабходны кароткі перапынак для зняцця зрокавага стамлення.

Пытанні для паўтарэння

1. Раскажыце пра гігіену зроку.
2. Якія прафілактычныя меры неабходны пры рабоце з камп'ютарам?

4.6. ПАНЯЦЦЕ АБ ЛЯЧЭБНЫМ ХАРЧАВАННІ

Важным кампанентам у доглядзе хворых з’яўляецца *лячэбнае харчаванне*, збалансаванае па колькасных і якасных суадносінах харчовых рэчываў і прадуктаў, спосабах іх кулінарнай апрацоўкі, а таксама інтэрвалах у прыёме ежы. Фізіялагічныя патрэбнасці чалавека вызначаюцца з улікам яго полу, узросту, працягласці хваробы і іншых паказчыкаў. Вядома, што кампаненты, якія пападаюць у арганізм з ежай, актыўна ўздзейнічаюць на інтэнсіўнасць абменных працэсаў на ўсіх узроўнях рэгуляцыі дзейнасці арганізма. Таму дыферэнцаванае і мэтанакіраванае ўвядзенне ў рацыён розных па колькасці і якасных характарыстыках харчовых кампанентаў мае істотнае значэнне для дасягнення пажаданага лячэбнага эфекту.

Лячэбнае харчаванне патрабуе карэкціроўкі харчовага рацыёну і рэжыму прыёму ежы. Найбольш аптымальным лічыцца чатырохразовае харчаванне, пры якім першае снеданне ўключае 25 % усяго рацыёну, другое — 15 %, абед — 35 %, вячэра — 25 %. Аднак у некаторых выпадках частата прыёмаў ежы можа быць павялічана. Частае харчаванне рэкамендуецца пры хваробах страўніка, асабліва пры язвавай хваробе ў перыяд абвастрэння, пры сардэчна-сасудзістых захворваннях. Пры адным і тым жа захворванні ў залежнасці ад працякання хваробы могуць прымяняцца розныя дыеты, так што лячэбнае харчаванне павінна насіць індывідуальны характар і кантралявацца доктарам.

Харчовы рацыён здаровага чалавека павінен уключаць 80—100 г бялкоў, 100—120 г тлушчаў, 400—500 г вугляводаў, 1000—2000 г вады, але ў выпадку захворвання іх суадносіны ў рацыёне могуць мяняцца ў той ці іншы бок.

Колькасць энергіі, якая выдзяляецца пры засваенні харчовых рэчываў, з’яўляецца паказчыкам энергетычнай каштоўнасці (каларыйнасці) ежы. Яна разлічваецца на адзінку масы ежы і выражаецца ў кіладжоўлях (кДж). Пры акісленні 1 г бялку выдзяляецца 17 кдж энергіі, 1 г тлушчу — 39 кДж, 1 г вугляводаў — 17 кДж. Энергетычная каштоўнасць рацыёну хворага, які папраўляецца пасля цяжкага захворвання са стратай масы цела, павінна істотна перавышаць яго фактычныя энергазатраты. Для зручнасці вызна-

чэння энергетычнай каштоўнасці страў складзены спецыяльныя табліцы з указаннем колькасці бялкоў, тлушчаў, вугляводаў у 100 г прадукта. Сутачная патрэбнасць здаровага чалавека ў энергіі састаўляе 9200—14600 кДж. Індывідуальная патрэбнасць залежыць ад фізічнай нагрузкі, канстытуцыі, масы цела, росту, узросту і інш. У хворых, якія знаходзяцца на пасцельным рэжыме, патрэбнасць у энергіі памяншаецца да 7500—8400 кДж.

Асноўныя кампаненты ежы неабходны для нармальнага функцыянавання клетак і тканак.

Бялкі з'яўляюцца асновай жывой клеткі, уваходзяць у састаў ферментаў, гармонаў, удзельнічаюць у клетачным дыханні, выконваюць функцыі пераносчыкаў кіслароду, ахоўваюць арганізм ад мікробаў і вірусаў. Адрозніваюць бялкі расліннага і жывёльнага паходжання. У нармальным бялковым рацыёне павінна быць не менш як 60 % жывёльных і не больш за 40 % раслінных бялкоў. Агульная ж колькасць бялкоў у ежы павінна складаць прыкладна 14 %.

Тлушчы — найважнейшая крыніца энергіі для жывога арганізма, структурны кампанент клетачных мембран, нервовых тканак, надныручнікаў і інш. Сутачны рацыён павінен уключаць 70—80 % тлушчаў жывёльнага паходжання і 20—30 % — расліннага. Тлушчы, якія паступаюць з ежай, выконваюць асноўную энергетычную функцыю, ахоўваюць арганізм ад страты цяпла, утвараюць тлушчавыя дэпо.

Вугляводы забяспечваюць арганізму значную частку энергіі, неабходнай для нармальнага ажыццяўлення працэсаў абмену рэчываў у арганізме. Яны ўтрымліваюцца пераважна ў прадуктах расліннага паходжання.

Вада складае больш за 60 % масы цела. Без яе немагчыма нармальнае працаканне ўсіх жыццёва важных працэсаў у арганізме.

Мінеральныя рэчывы, вітаміны таксама неабходныя для жыццядзейнасці ўсіх органаў і сістэм. Недастатковасць іх паступлення ў арганізм можа прывесці да цяжкіх, іншы раз неабарачальных вынікаў.

Вітамінная недастатковасць — хваравіты стан арганізма, выкліканы недастатковым паступленнем вітамінаў з ежай, парушэннем іх засваення або ўтварэння ў арганізме.

Адрозніваюць два віды вітаміннай недастатковасці: частковую і поўную. Частковая вітамінная недастатковасць называецца *гіпавітамінозам*, а поўная — *авітамінозам*. Гіпавітаміноз характарызуецца слаба выражанымі прыметамі захворвання: агульнай слабасцю, стамляльнасцю, раздражняльнасцю, пагаршэннем сну, паніжэннем працаздольнасці, стратай апетыту і інш. Авітаміноз мае выразныя клінічныя прыметы са спецыфічнымі праяўленнямі, уласцівымі толькі для дадзенага вітаміну.

Недахоп вітамінаў у арганізме можа быць вынікам нізкага ўтрымання іх у ежы, парушэння засваення (пры захворваннях стрававальнага тракта). Павышаная патрэбнасць у вітамінах узнікае ў перыяд інтэнсіўнага росту арганізма, у пажылым узросце, пры цяжарнасці, лактацыі, цяжкай фізічнай працы, пры інтэнсіўных занятках спортам, разумовай нагрузцы, нервова-эмацыянальным напружанні, пад уплывам нізкай або высокай тэмпературы паветра, пры кіслародным галаданні і інш.

Недастатковасць аскарбінавай кіслаты (вітаміну С) часцей назіраецца вясной, суправаджаецца агульнай слабасцю, млявасцю, хуткай стамляльнасцю, санлівасцю і галавакружэннем, паніжэннем супраціўляльнасці арганізма да інфекцыйных захворванняў. Крайняя ступень авітамінозу С сустракаецца цяпер рэдка, суправаджаецца скурнымі высыпаннямі, кровазліццямі, расстройствамі функцый стрававальнага тракта.

Недастатковае паступленне ў арганізм нікацінавай кіслаты (вітаміну РР) можа суправаджацца з'явамі пелагры (раздражняльнасцю, бяссонніцай, дрэнным настроем, сухасцю скурных покрываў, мышачнай слабасцю і інш.). Цяжкая ступень недастатковасці нікацінавай кіслаты можа прывесці да цяжкіх паражэнняў скурных покрываў.

Недастатковасць вітамінаў групы В (тыяміну, рыбафлавіну, цыянкабаламіну, фоліевай кіслаты) можа прывесці да неўралагічных расстройстваў, мышачнай слабасці, паражэння слізістых абалонак і інш.

Недахоп вітаміну А (рэцінолу) суправаджаецца парушэннем зроку (курыная слепата), а таксама змяненнямі скурнага покрыва, валасоў і запаленнем слізістых абалонак павек.

Пры недахопе вітаміну D у дзяцей развіваецца рахіт — змяненне касцявой сістэмы, запозненае прарэзванне зубоў, схільнасць да вострых рэспіраторных захворванняў, у дарослых з'яўляецца млявасць, павышаная стамляльнасць, эмаль зубоў чарнее і разбураецца, зубы крышацца, узнікае боль у вобласці касцей таза, у мышцах.

Шырокае ўжыванне рафінаваных прадуктаў, розных хімічных дабавак, стабілізатараў вядзе да ўзнікнення жалезадэфіцытных станаў і анемій. Жалеза з'яўляецца важнай часткай не толькі гемаглабіну, але і дыхальных ферментаў. Паніжэнне паступлення жалеза ў арганізм вядзе да памяншэння актыўнасці тканкавых ферментаў, кіслароднага галадання тканак і з'яўлення адпаведных сімптомаў: слабасці, стамляльнасці, галаўнога болю, раздражняльнасці і інш. Жалезадэфіцытныя анеміі часта сустракаюцца ў цяжарных жанчын, дзяцей да 2-х гадоў, падлеткаў, асабліва дзяўчынак. Магчыма ўзнікненне жалезадэфіцытных анемій пры штучным выкармліванні.

Прафілактыка жалезадэфіцытных станаў заключаецца ва ўжыванні прадуктаў, багатых жалезам (мяса, шакалад, свежая рыба, яйкі, фасоля, грэцкія крупы, гарох, яблыкі, чарніцы, сухафрукты), а таксама ў прымяненні прэпаратаў жалеза.

Ёдадэфіцытныя станы ўласцівы жыхарам Беларусі. Існуе больш за 15 захворванняў, абумоўленых дэфіцытам ёду. У выніку недастатковага паступлення ў арганізм апошняга, асабліва ў крытычныя перыяды выспявання плода і падлеткавым узросце, развіваюцца нервова-псіхічныя расстройствы, неабарачальныя змяненні шкілета. Пры недахопе ёду адбываецца парушэнне ўтварэння гармону шчытападобнай залозы — тыраксіну, што прыводзіць да павелічэння шчытападобнай залозы.

Прафілактыка ёдадэфіцытных станаў патрабуе пастаяннага ўжывання ёдаванай харчовай солі, прыродных прадуктаў, багатых ёдам (грэцкі арэх, марская капуста, рыба, крыветкі і іншыя прадукты мора). Для выяўлення ёдадэфіцытных станаў або іх форм выкарыстоўваецца прыём абмацвання шчытападобнай залозы на прадмет яе павелічэння.

Прафілактыка вітамiннай недастатковасці праводзіцца ў дзіцячых дашкольных установах, школах, радзільных дамах, бальніцах шляхам вітамінізацыі гатовых страў, а на прадпрыемствах харчовай прамысловасці — шляхам унясення вітамінных комплексаў у прадукты харчавання. У дамашніх умовах папярэджанню вітамiннай недастатковасці перш за ўсё садзейнічае разнастайная ежа, якая забяспечвае паступленне ў арганізм неабходных вітамінаў у дастатковай колькасці, а таксама выкананне правіл захавання харчовых прадуктаў і іх кулінарнай апрацоўкі. Магчыма ўжыванне з прафілактычнай мэтай у асобныя перыяды года полівітамінных прэпаратаў.

Пры *кармленні цяжкахворых* і ляжачых хворых ім належыць ствараць умовы, якія дазваляюць пазбягаць пераітамлення. Калі няма проціпаказанняў, то хвораму можна прымаць ежу ў сядзячым або паўсядзячым становішчы. Карміць даводзіцца малымі порцыямі, вадкую ежу (працёрты суп, булён, кісель, малако і інш.) даваць невялікімі глыткамі з паільніка або з лыжачкі. Ліхаманкавых хворых лепш за ўсё карміць не па графіку, а ў перыяд паляпшэння стану і паніжэння тэмпературы, імкнучыся пры гэтым, асабліва пры бяссонніцах, не перапыняць без неабходнасці іх дзённы сон. Вялікае цярпенне і такт патрабуюцца пры кармленні хворых, якія страцілі апетыт. У некаторых выпадках натуральнае харчаванне хворых дапаўняецца або цалкам замяняецца штучным. Апошняе ўжываецца ў тых выпадках, калі хворы не можа самастойна ўжываць ежу. Існуе некалькі спосабаў штучнага харчавання: праз адтуліны, зробленыя хірургічным шляхам у страўніку; парэнтэральным ўвядзеннем (падскурна, унутрывенна) розных пажыўных элементаў.

Пытанні для паўтарэння

1. У чым асаблівасць лячэбнага харчавання?
2. Што такое харчовы рацыён?
3. У чым заключаецца прафілактыка авітамінозаў і гіпавітамінозаў?
4. Раскажыце пра кармленне цяжкахворых.

4.7. ПСІХАЛОГІЯ ПАВОДЗІН ХВОРАГА

Хвароба ў розных людзей працякае не аднолькава. Прычына гэтай з'явы заключаецца ў тым, што хворы — не проста носьбіт хваробы, ён асоба з уласцівымі яму індывідуальнымі псіхічнымі і біялагічнымі асаблівасцямі. Хвароба пашкоджвае не толькі які-небудзь орган, але і наогул шкодзіць чалавеку, выклікаючы адчуванне залежнасці ад яе. Працяглае і цяжкае працяканне захворвання ў некаторай ступені пазбаўляе чалавека прывычных сацыяльных сувязей, парушае яго фізічны, псіхічны і сацыяльны дабрабыт. Псіхалогія хворага, яго паводзіны, прыстасаванне да ўмоў жыцця, якія змяніліся, вызначаюцца не толькі асаблівасцямі працякання захворвання, але і ўзростам, полам, прафесіяй, асаблівасцямі навакольнага асяроддзя. Існуе ўзаемасувязь паміж узростам і развіццём некаторых хранічных хвароб, якія назіраюцца пераважна ў другой палове жыцця (ішэмічная і гіпертанічная хваробы, цукровы дыябет і інш.). Існуюць і палавыя адрозненні ў працяканні і развіцці захворвання.

Асоба хворага чалавека, яго псіхіка адыгрываюць значную ролю не толькі ў працяканні хваробы, але і ў яе зыходзе. Людзі спакойныя, ураўнаважаныя, якія ўмеюць кіраваць сваімі пачуццямі, здольныя да барацьбы з цяжкасцямі і перашкодамі, больш мужна пераносяць хваробы. Па-іншаму паводзяць сябе людзі слабыя духам, якія лёгка ўпадаюць у адчай і дэпрэсію. Ім уласцівы пачуцці страху, безвыходнасці, крыўдлівасці, раўнадушша і абыякавасці да ўсяго. Акрамя таго сустракаюцца і процілеглыя рэакцыі, калі хворы адмаўляе факт наяўнасці ў яго захворвання, недаацэньвае яго цяжкасць. Людзі, часцей схільныя да захворванняў, пераносяць іх больш спакойна, чым тыя, якія ўпершыню захварэлі. Людзі, у жыцці якіх здароўе адыгрывае асабліва важную ролю (спартсмены, артысты, вайскоўцы і інш.), з большай трывогай ставяцца да факта ўзнікнення ў іх захворвання.

Асобныя псіхалагічныя паводзіны назіраюцца ў хворых, якія працягла пакутуюць ад хранічных захворванняў,

патрабуючых пастаяннага догляду. Яны часта замыкаюцца ў сабе, займаюцца і цікавяцца толькі сабой, бываюць крыўдлівымі, зайздроснымі, іншы раз ім уласціва нават пачуццё нянавісці. Хвароба, фізічныя пакуты могуць быць прычынай павышанай раздражняльнасці, пачуцця трывогі, часам нават безвыходнасці, незадаволенасці сваімі блізкімі. Разам з гэтымі рэакцыямі можна назіраць упартасць і супраціўленне чалавека цяжкай хваробе.

Зносіны з хворым патрабуюць не толькі пэўных ведаў і навыкаў, але і высокіх маральных якасцей. Дапамагчы такім хворым можна чуласцю, тактам, умелым псіхалагічным уздзеяннем. Трэба аберагаць хворага ад уплыву на яго адмоўных фактараў, адцягваць яго ўвагу ад хваробы. Стрыманыя, роўныя і спакойныя адносіны дапамагаюць падтрымліваць неабходнае цярпенне ў хворага і фарміраваць аптымістычны настрой. Пры зносінах з цяжкахворым трэба імкнуцца мабілізаваць яго волю і вытрымку, усяліць веру ў выздараўленне. Веданне асаблівасцей псіхалогіі хворых дазваляе ўстанавіць правільныя ўзаемаадносіны паміж хворым і асобамі, якія яго даглядаюць.

Пытанні для паўтарэння

1. У чым асаблівасць псіхалогіі паводзін хворага?
2. Раскажыце пра навыкі зносін з хворым.

4.8. АРГАНІЗАЦЫЯ АКАЗАННЯ МЕДЫЦЫНСКАЙ ДАПАМОГІ Ў РЭСПУБЛІЦЫ БЕЛАРУСЬ

Дзейнасць міжнароднага руху Чырвонага Крыжа і Чырвонага Паўмесяца ў Рэспубліцы Беларусь. Гісторыя развіцця міжнароднага руху Чырвонага Крыжа і Чырвонага Паўмесяца пачынаецца з сярэдзіны XIX стагоддзя. Прынятая ў гэты час першая Жэнеўская канвенцыя дала пачатак развіццю міжнароднага гуманітарнага права, заснаванага на прынцыпах гуманнасці, справядлівасці, нейтральнасці, незалежнасці, адзінства і ўніверсальнасці. Усе віды дзейнасці руху служаць дасягненню галоўнай мэты: дапа-

магаць тым, хто пакутуе, не праводзячы паміж імі ніякага адрознення. Эмблема Чырвонага Крыжа і Чырвонага Паўмесяца выкарыстоўваецца як ахоўны знак у перыяд узброеных канфліктаў і выконвае ролю бачнага знака аховы, якая прадстаўляецца ў адпаведнасці з палажэннямі Жэнеўскіх канвенцый. Мэта эмблемы — паказаць, што вызначаныя асобы (дабравольцы, медыцынскія фарміраванні, транспартныя сродкі і іх персанал) знаходзяцца пад аховай Жэнеўскіх канвенцый і Дадатковых пратаколаў да іх.

Упершыню пра дзейнасць Таварыства Чырвонага Крыжа на тэрыторыі Беларусі ўпамінаецца ў 1866—1867 гады. Увесь дарэвалюцыйны перыяд быў адзначаны стварэннем прытулкаў для сірот, санітарных паяздоў, бальніц і шпіталяў па доглядзе параненых, санітарна-эпідэміялагічных атрадаў па барацьбе з воспай і тыфам. Асветніцкая дзейнасць таварыства ў той перыяд заключалася ў стварэнні школ па падрыхтоўцы сясцёр міласэрнасці. Акрамя таго, праводзіліся акцыі па зборы сродкаў на аказанне дапамогі хворым, інвалідам вайны, сем’ям загінулых і пацярпелых ад пажараў і засух. У паслярэвалюцыйны час было створана нацыянальнае Таварыства Чырвонага Крыжа, якое ўвайшло ў Саюз таварыства Таварыства Крыжа і Чырвонага Паўмесяца СССР, а з 15 жніўня 1991 года з’яўляецца добраахвотнай грамадскай арганізацыяй.

У цяперашні час Таварыства Чырвонага Крыжа ўпаўнаважана аказваць дапамогу органам дзяржаўнай улады ў рэалізацыі гуманітарных праграм: аказвае медыка-сацыяльную дапамогу адзінокім інвалідам і састарэлым, прымае ўдзел у арганізацыі дапамогі насельніцтву ў экстрэмальных сітуацыях, ліквідацыі вынікаў катастрофы на Чарнобыльскай АЭС, дапамагае ахвярам узброеных канфліктаў і катастроф. Асноўнымі напрамкамі дзейнасці Беларускага Чырвонага Крыжа з’яўляюцца: служба міласэрнасці (аказвае медыцынскую і сацыяльную дапамогу адзінокім, састарэлым грамадзянам на даму, вядзе кансультатыўную работу); Чарнобыльская праграма гуманітарнай дапамогі і рэабілітацыі (медыцынская і псіхалагічная дапамога людзям, якія пражываюць на забруджанай тэрыторыі, абследаванне

насельніцтва, сацыяльна-псіхалагічная дапамога, медыкаментознае забеспячэнне дзяцей з ракам шчытападобнай залозы і інш.); надзвычайная дапамога слабым (фарміраванне прадуктовых і гігіенічных набораў для мнагадзетных, малазабяспечаных сямей, арганізацыя харчавання для сірот, бяздомных і інш.). Акрамя таго, Чырвоны Крыж праводзіць інфармацыйна-адукацыйныя кампаніі па прафілактыцы СНІДу, навучае дабравольцаў аказанню першай дапамогі пацярпелым падчас стыхійных бедстваў і катастроф.

Чырвоны Крыж прымае актыўны ўдзел у дапамозе бежанцам і асобам, якія шукаюць прытулак, вядзе пошук блізкіх сваякоў, разлучаных Другой сусветнай вайной, узброенымі канфліктамі, стыхійнымі бедствамі. Таксама вядзецца работа па распаўсюджванні ведаў аб міжнародным гуманітарным праве, арганізоўваюцца лекцыі і семінары для розных груп насельніцтва.

Сістэма арганізацыі медыцынскай дапамогі ў Рэспубліцы Беларусь. Сістэма дзяржаўнай (бюджэтнай) медыцынскай дапамогі насельніцтву ў Рэспубліцы Беларусь забяспечваецца рознымі амбулаторна-паліклінічнымі, бальнічнымі і санаторна-курортнымі ўстановамі, установамі хуткай і неадкладнай дапамогі, аховы мацярынства і дзяцінства і інш. Медыцынскую дапамогу аказваюць як па месцы жыхарства (тэрытарыяльныя паліклінікі і бальніцы), так і па месцы работы (лячэбныя ўстановы арганізацый і прадпрыемстваў) і будуюць па ўчастковым прынцыпе.

Амбулаторную (г. зн. пазабальнічную) дапамогу ажыццяўляюць у гарадах паліклінікі, паліклінічныя аддзяленні дыспансераў (спецыялізаваных лячэбна-прафілактычных устаноў, якія арганізуюць лячэнне і назіранне за хворымі пэўнага профілю — анкалагічнага, наркалагічнага, дэрматавенералагічнага, кардыялагічнага і інш.). У сельскай мясцовасці яе аказваюць медыцынскія амбулаторыі, фельчарска-акушэрскія пункты, амбулаторна-паліклінічныя аддзяленні раённых бальніц. Існуюць абласныя і рэспубліканскія паліклінікі, бальніцы, а на прамысловых прадпрыемствах — медыка-санітарныя часткі і здраўпункты.

Амбулаторна-паліклінічныя лячэбныя ўстановы аказваюць медыцынскую дапамогу (у тым ліку і спецыялізаваную — хірургічную, неўралагічную, афтальмалагічную і інш.) хворым, якія не патрабуюць па сваім стане планавай або экстраннай шпіталізацыі. Абследаванне і лячэнне хворых праводзяць звычайна на прыёме ў паліклініцы; у выпадку неабходнасці пацыентаў забяспечваюць медыцынскай дапамогай у дамашніх умовах, якую аказваюць, як правіла, участковыя ўрачы. Амбулаторна-паліклінічныя ўстановы ажыццяўляюць таксама дыспансерызацыю, г. зн. актыўнае назіранне за здароўем пэўных груп насельніцтва. Існуюць спецыялізаваныя кансультатыўна-дыягнастычныя цэнтры, створаныя пры клініках навучальных медыцынскіх і навукова-даследчых інстытутаў, а таксама на базе мнагапрофільных бальніц, у якіх праводзіцца кваліфікаванае амбулаторнае абследаванне і лячэнне хворых.

Стацыянарную медыцынскую дапамогу аказваюць хворым, якія па сваім стане патрабуюць сістэматычнага назірання, выкарыстання складаных метадаў дыягностыкі і лячэння. Стацыянарнае лячэнне праводзяць ва ўчастковых, раённых, гарадскіх, абласных бальніцах, медыка-санітарных частках, стацыянарных аддзяленнях дыспансераў і інш. Рашэнне аб шпіталізацыі хворага прымае ўрач амбулаторна-паліклінічнай установы, а ў экстранных выпадках — урач хуткай, неадкладнай дапамогі або ўрач прыёмнага аддзялення бальніцы.

У бальніцы акрамя медыцынскай дапамогі і догляду хворыя бясплатна атрымліваюць харчаванне, медыкаменты, пасцельныя прылады. У бальніцы (акрамя інфекцыйнага, дзіцячага і радзільнага аддзяленняў) дазваляецца карыстацца бялізнай, адзеннем і абуткам, якія належаць хворым. Поспех лячэння ў бальніцы шмат у чым залежыць ад правільных паводзін хворага і яго сваякоў, ад выканання ўсіх прадпісанняў і рэкамендацый ўрача, назначанай дыеты, а таксама бальнічнага рэжыму, ад упэўненасці ў паспяховым лячэнні і выздараўленні і ў тым, што для гэтага будзе зроблена ўсё неабходнае.

Асобнымі групамі лячэбна-прафілактычных устаноў з’яўляюцца ўстановы хуткай і неадкладнай дапамогі (станцыі, бальніцы або аддзяленні хуткай і неадкладнай дапамогі), установы для аказання акушэрска-гінекалагічнай дапамогі (жаночыя кансультацыі, радзільныя дамы, радзільныя і гінекалагічныя аддзяленні бальніц), установы для аказання педыятрычнай дапамогі (дзіцячыя палiклінікі і бальніцы), рэабілітацыйныя цэнтры, санаторыі і санаторыі-прафілакторыі.

Для дзяцей школьнага ўзросту, якія маюць пэўныя парушэнні ў стане здароўя, існуюць санаторныя школы, у якіх адбываецца як навучанне, так і аздараўленне дзяцей і якія размяшчаюцца ў загараднай зялёнай зоне са спрыяльнымі мікракліматычнымі ўмовамі.

Пытанні для паўтарэння

1. Раскажыце пра асноўныя напрамкі дзейнасці Беларускага Чырвонага Крыжа.
2. Ахарактарызуйце асноўныя віды медыцынскай дапамогі ў Рэспубліцы Беларусь.

Раздзел 5 ПЕРШАЯ ДАПАМОГА ПРЫ ЗАХВОРВАННЯХ

5.1. ДАЎРАЧЭБНАЯ ДАПАМОГА, МЭТЫ І ЗАДАЧЫ. ПРЫЧЫНЫ І ПРЫМЕТЫ ХВАРОБЫ

Даўрачэбная дапамога — комплекс экстраных медыцынскіх мерапрыемстваў, якія праводзяцца раптоўна захварэўшаму чалавеку на месцы здарэння і ў перыяд дастаўкі яго ў медыцынскую ўстанову. Асноўнай *мэтай* гэтай дапамогі з'яўляецца ліквідацыя асабліва небяспечных або пакутлівых праяўленняў хваробы пры недахопе часу і звестак аб здароўі хворага. *Задачамі* даўрачэбнай медыцынскай дапамогі з'яўляюцца: 1) неадкладнае спыненне ўздзеяння наяўных неспрыяльных фактараў на арганізм чалавека; 2) аказанне першай медыцынскай дапамогі хвораму ў залежнасці ад захворвання; 3) арганізацыя хуткай транспарціроўкі хворага ў лячэбную ўстанову ў найбольш бяспечным для яго становішчы. Мерапрыемствы першай групы часцей за ўсё праводзяцца ў парадку ўзаема- і самадапамогі. Другую групу мерапрыемстваў выконваюць асобы, якія вывучылі асноўныя прыметы захворванняў і спецыяльныя прыёмы першай дапамогі. У многіх выпадках уся адказнасць за жыццё і здароўе хворага ляжыць на тым, хто аказвае дапамогу. Ад таго, наколькі хутка і правільна ён можа сарыентавацца ў экстрэмальнай сітуацыі, часта залежыць зыход хваробы і нават жыццё захварэўшага.

Хвароба — гэта працэс, які развіваецца ў арганізме чалавека пад уздзеяннем розных унутраных і знешніх неспрыяльных фактараў і суправаджаецца вострымі або хранічнымі расстройствамі жыццядзейнасці арганізма і аслабленнем яго ахоўных рэакцый. У сувязі з гэтым кожная хвароба — гэта захворванне ўсяго арганізма, нягледзячы на тое, што пашкоджвацца пры гэтым могуць толькі пэўныя органы: сэрца, лёгкія, печань або іншыя.

Хваробу нельга расцэньваць выключна як біялагічную з'яву, бо яна прыносіць чалавеку не толькі фізічныя, але і псіхалагічныя пакуты. Хвароба паніжае разумовую і фізічную працаздольнасць чалавека, абмяжоўвае яго ўдзел у грамадскім жыцці і самарэалізацыю, што надае ёй рысы сацыяльнага характару. У сваю чаргу, сацыяльныя ўмовы не толькі ўплываюць на працяканне захворвання, але нават прадвызначаюць з'яўленне новых, напрыклад, так званых «сацыяльных хвароб», «прафесійных хвароб» і г. д.

Хваробы бываюць *вострыя*, якія працякаюць у пэўны прамежак часу, і *хранічныя*, якія могуць суправаджаць чалавека ўсё жыццё, хоць пры некаторых хранічных захворваннях і магчыма поўнае выздараўленне. У развіцці любога захворвання выдзяляюць некалькі перыядаў, або стадый. Пры вострым захворванні яны наступныя:

- скрыты (латэнтны, інкубацыйны перыяд), пры якім хворы яшчэ не адчувае негатыўных працэсаў, якія працякаюць ў арганізме;
- прадрамальны перыяд — прамежак часу ад з'яўлення першых прымет хваробы да яе поўнага развіцця;
- перыяд поўнага развіцця хваробы;
- перыяд папраўкі і выздараўлення.

У развіцці захворвання могуць узнікаць *ускладненні* — змяненні ў органах і сістэмах, якія раней не былі ўцягнуты ў паталагічны працэс. Аднак і асноўныя паталагічныя змяненні, і ўскладненні пры папраўцы знікаюць.

Пры хранічнай форме захворвання выдзяляюць тыя ж перыяды, аднак зыход хваробы не заўсёды заканчваецца выздараўленнем і некаторыя прыметы захворвання захоўваюцца. На працягу хранічнага захворвання выдзяляюць фазы *абвастрэння*, або *рэцыдыву*, хваробы, калі ўсе яе сімптомы і прыметы набываюць дастаткова выражаны характар, а таксама фазы *рэмісіі* — значнага паляпшэння стану хворага да поўнага аднаўлення працаздольнасці чалавека. Пры хранічным захворванні таксама магчымы ўскладненні з боку розных органаў і сістэм.

Вострае захворванне можа закончыцца папраўкай або смерцю (у некаторых цяжкіх выпадках), ці перайсці ў хра-

нічную форму. Зыход хранічнага захворвання таксама не заўсёды бывае смяротным (лятальным) для хворых. У многіх выпадках яны могуць выздараўліваць, доўгі час захоўваць працаздольнасць і жыццядзейнасць ці мець пэўную ступень інваліднасці, што залежыць ад роду захворвання, цяжкасці яго працякання, наяўнасці ўскладненняў, уплываў на дзейнасць жыццёва важных органаў і сістэм чалавека.

Прычыны захворванняў могуць быць абумоўлены навакольным асяроддзем і ўнутранымі фактарамі. Паміж знешнімі і ўнутранымі прычынамі існуе цесная ўзаемасувязь. Па сваёй прыродзе яны могуць быць самыя разнастайныя. Сярод іх выдзяляюць некалькі асноўных груп:

механічныя — траўмы, раненні, пераломы, страсенні і інш.;

фізічныя — змяненні тэмпературы навакольнага асяроддзя, вільготнасці, атмасфернага ціску, уздзеянне электрычнага току, святла, радыяцыі і інш.;

хімічныя — уздзеянне на арганізм розных хімічных рэчываў расліннага, жывёльнага і сінтэтычнага паходжання;

біялагічныя — розныя ўзбуджальнікі (вірусы, мікробы, грыбкі) і інш.;

псіхічныя — уздзеянні на цэнтральную нервовую сістэму, псіхіку ў выглядзе вострай або хранічнай яе траўматызацыі; нярэдка яны выклікаюць узнікненне розных захворванняў унутраных органаў (гіпертанічная хвароба, ішэмічная хвароба сэрца, язвавая хвароба страўніка і дванаццаціперснай кішкі і інш.);

парушэнні харчавання — недастатковае або залішняе паступленне ў арганізм пажыўных рэчываў. Пры недастатковым харчаванні (галаданні) магчыма развіццё гіпа- і авітамінозаў, значнае паніжэнне масы цела, імунітэту і інш., пры залішнім — атлусценне, развіццё атэрасклерозу і іншых захворванняў сасудаў і сэрца, парушэнне абмену рэчываў і інш.;

сацыяльныя прычыны — нездавальняючыя ўмовы жыцця і працы, шкодныя вытворчыя ўмовы, якія ў многіх выпадках спрыяюць паслабленню арганізма і развіццю некаторых захворванняў;

генетычныя — спадчынная перадача або схільнасць членаў адной сям'і або блізкіх сваякоў да адных і тых жа захворванняў (прыроджаныя заганы развіцця, цукровы дыябет, гіпертанічная хвароба і інш.); гэта не азначае, што гэтыя хваробы абавязкова перадаюцца па спадчыне, атрымліваецца ў спадчыну звычайна толькі схільнасць арганізма да пэўнага захворвання.

Трэба мець на ўвазе, што пры адной і той жа прычыне механізм развіцця захворвання можа быць розным.

Кожнае захворванне праяўляецца ўласцівымі для яго ***сімптомамі*** — прыметамі, якія выяўляюцца пры дапамозе клінічных метадаў абследавання. Сімптомы дзеляцца на аб'ектыўныя і суб'ектыўныя. *Аб'ектыўныя* сімптомы — прыметы хваробы, якія выяўляюцца пры непасрэдным візуальным і інструментальным абследаванні хворага, напрыклад, павышэнне артэрыяльнага ціску, павелічэнне сэрца, печані і інш. *Суб'ектыўныя* сімптомы — адчуванні хворага (напрыклад, боль у груднай клетцы, жываце, слабасць). Суб'ектыўныя сімптомы ў многіх выпадках маюць адпаведную прычынную аснову ў выглядзе парушэння функцый пэўнага органа або цэлай сістэмы органаў; у іншых выпадках яны адлюстроўваюць пэўны фізіялагічны стан, які яшчэ не набыў рысаў хваробы, напрыклад разумовая стомленасць, фізічнае launched ператамленне. ***Сіндром*** — спалучэнне розных, але цесна звязаных паміж сабой сімптомаў, характэрных для тых ці іншых захворванняў. Напрыклад, пры запаленні лёгкіх і бранхіце назіраецца спалучэнне кашлю, выдзялення макроты, змянення паказчыкаў функцыі знешняга дыхання.

Пытанні для паўтарэння

1. Назавіце мэты і задачы даўрачэбнай дапамогі.
2. Пералічыце асноўныя прычыны ўзнікнення захворвання.
3. Што называюць сімптомам і сіндромам?

5.2. ХВАРОБЫ ОРГАНАЎ ДЫХАННЯ

Дыхальная сістэма аб'ядноўвае органы, якія выконваюць паветраносную (поласць рота, насаглотка, гартань, трахея, бронхі) і дыхальную, або газаабменную (лёгкія), функцыі.

Хваробы органаў дыхання маюць разнастайны характар. Тым не менш яны маюць шмат агульных сімптомаў, правільная ацэнка якіх вельмі важная для пастаноўкі дакладнага дыягназу. Да такіх сімптомаў адносяцца кашаль, выдзяленне макроты, кровахарканне, задышка, змяненне колеру скурных пакрываў, павышэнне тэмпературы цела. Яны могуць адыгрываць як галоўную, так і другасную ролю ў дыягностыцы захворванняў органаў дыхання.

Кашаль — адна з асноўных прымет захворванняў лёгкіх. Ён назіраецца пры бранхіце, вострай і хранічнай пнеўманіі і іншых захворваннях, бывае сухім і вільготным.

Макрота — сімптом, які таксама нясе інфармацыю аб захворваннях лёгкіх. Макрота можа ўтрымліваць мікробы і быць крыніцай заражэння. Пры крупознай пнеўманіі назіраецца макрота «ржавага» колеру ў невялікай колькасці. Выдзяленне значнай колькасці макроты з непрыемным пахам сведчыць аб гнойных працэсах у лёгкіх.

Боль у грудной клетцы часцей за ўсё ўзнікае пры сухім плеўрыце, пнеўманіі, пухлінных працэсах у лёгкіх.

Цяжкасць дыхання і задышка суправаджаюць бранхіяльную астму, крупозную пнеўманію і іншыя захворванні.

Кровахарканне — крывацёк з лёгкіх або верхніх дыхальных шляхоў пры хранічных лёгачных захворваннях (напрыклад, пры туберкулёзе). Часта гэта толькі прымесь крыві ў макроце.

Змяненне колеру скурных покрываў (цыяноз) вуснаў, твару асабліва рэзка выражана пры хранічнай пнеўманіі.

Павышэнне тэмпературы — адзін з важных сімптомаў захворвання лёгкіх. Высокая тэмпература больш характэрна для першых дзён развіцця хваробы. Павышэнне тэмпературы суправаджаецца патлівасцю па начах, слабасцю, паніжанай працаздольнасцю. Гэтыя сімптомы звязаны ў

асноўным з праяўленнямі інтаксікацыі рознай ступені выражанасці пры адных і тых жа захворваннях.

Востры бранхіт — запаленне трахеі, бронхаў або бранхіёл, якое характарызуецца вострым працяканнем і паражэннем пераважна іх слізістай абалонкі.

Востры бранхіт узнікае ў выніку інфекцыі і часта працякае пры адначасовым паражэнні верхніх дыхальных шляхоў — слізістай абалонкі носа (рыніт), глоткі (фарынгіт), гартані (ларынгіт) і трахеі (трахеіт). Акрамя гэтага, прычынай вострага бранхіту можа быць удыханне таксічных рэчываў: пароў кіслот і шчолачаў, ядавітых газаў, пылу, які раздражняе бронхі, а таксама ўздзеянне халоднага і гарачага паветра.

Востры бранхіт часцей за ўсё развіваецца ў выніку правакацыйных фактараў: ахаладжэння арганізма, вострых інфекцый верхніх дыхальных шляхоў, ужывання алкаголю, курэння. Спрыяюць узнікненню бранхіту наяўнасць інфекцыі ў прыдатачных пазухах носа (сінусіт) і міндалінах (танзіліт), парушэнне насавога дыхання, паслабленне арганізма пасля перанесеных цяжкіх захворванняў.

Асноўныя сімптомы. Хвароба пачынаецца востра, у некаторых выпадках ёй папярэднічае вострае рэспіраторнае захворванне з адпаведнымі сімптомамі: насмарк, ахрыпласць голасу, пяршэнне ў горле. У першыя 2—3 дні павышаецца тэмпература цела, але часта яна бывае і нармальнай. Больш характэрны сімптом захворвання — кашаль, спачатку сухі, грубы, хваравіты, затым з выдзяленнем невялікай колькасці слізістай або слізіста-гнойнай макроты. З’яўляецца боль у грудной клетцы, за грудзінай і ў месцах прымацавання дыяфрагмы да грудной клеткі ў выніку яе скарачэння і моцнай напружанасці грудных мышцаў пры кашлі; можа ўзнікнуць задышка.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Пры вострым бранхіце хворым з павышанай тэмпературай неабходны спачатку пасцельны рэжым, іншы раз — іх часовае ізаляванне. У стане спакою задышка і кашаль часта памянша-

юцца. Памяшканне, у якім знаходзіцца хворы, неабходна часта праветрываць, штодзённа прыбіраць вільготным спосабам з ужываннем сродкаў дэзынфекцыі. З самага пачатку хваробы і на працягу ўсяго лячэння рэкамендуецца шчолачнае пітво (малако з содай), якое змякчае макроту, чай з малінамі, ліпавымі кветкамі.

Медыкаментозная тэрапія спачатку ўключае супрацькашлевыя заспакаяльныя прэпараты і гарачкапаніжальныя сродкі, антыбактэрыяльныя прэпараты ў звычайных тэрапеўтычных дозах. Для разрэджвання вязкай макроты прымяняюць інгаляцыі адвараў траў (зверабою, рамонку), лісця эўкаліпта і эфірных масел (анісавага, ментолавага і інш.).

Прафілактыка вострага бранхіту заключаецца, з аднаго боку, у загартоўванні арганізма (ранішняя гімнастыка на свежым паветры або пры адчыненай фортцы, абмыванне цела халаднаватай вадой, кароткачасовы халодны душ або купанне і інш.), з другога — у папярэджанні інфекцыі, уздзеяння шкодных фактараў. Неабходна выдаліць паліпы (калі яны ёсць), лячыць скрыўленне насавой перагародкі для паляпшэння дыхання. Вялікае значэнне ў прафілактыцы вострага бранхіту маюць такія санітарна-гігіенічныя мерапрыемствы, як барацьба з пылам, задымленасцю, загазаванасцю, вільготнасцю, а таксама з алкагалізмам і курэннем.

Вострая пнеўманія — вострае запаленне лёгкіх, узнікае самастойна або з'яўляецца ўскладненнем некаторых захворванняў, аб'ядноўвае розныя запаленчыя працэсы, якія пашкоджваюць бранхіёлы, альвеолы і іншыя структурныя элементы лёгкіх.

Вострая пнеўманія аб'ядноўвае розныя па сваім паходжанні і клінічных праяўленнях формы пнеўманіі, пры якіх у запаленчы працэс уцягнуты асобныя ўчасткі лёгкага. Часта ачаговая пнеўманія пачынаецца з паражэння бронхаў, а потым і лёгачных тканак.

Ачаговая пнеўманія можа ўзнікнуць як самастойнае захворванне (першасная пнеўманія) або развіваецца на фоне розных паталагічных працэсаў (другасная пнеўманія).

Узбуджальнікамі пнеўманіі з'яўляюцца розныя бактэрыі, вірусы. Адносна часта сустракаецца грыпозная пнеўманія. Пры гэтым у развіцці пнеўманіі ў хворых могуць прымаць удзел некалькі узбуджальнікаў (вірус грыпу ў спалучэнні з пнеўмакокамі, стафілакокамі і інш.). Падчас эпідэміі грыпу да 5—10 % усіх выпадкаў захворвання ўскладняюцца пнеўманіяй, верагодна, у выніку паніжэння супраціўляльнасці арганізма.

Пнеўманія часцей за ўсё ўзнікае ў людзей з рознымі хранічнымі захворваннямі, злаякаснымі новаўтварэннямі, цукровым дыябетам, якія перанеслі аперацыі, траўмы. Так, пры цяжкіх аперацыях, інсульце, траўмах у хворых, якія доўга знаходзяцца ў ляжачым становішчы, у выніку парушэння вентыляцыі лёгкіх і застойных з'яў можа развіцца гіпастатычная (застойная) пнеўманія. Аспірацыя (трапленне ў дыхальныя шляхі іншародных цел — рвотных мас, кавалачкаў ежы і інш.) можа выклікаць развіццё аспірацыйнай пнеўманіі.

Асноўныя сімптомы. Пачатак захворвання часта ўстанавіць не атрымліваецца. У тыповых выпадках, асабліва ў маладых людзей, захворванне пачынаецца востра: дрыжыкі, тэмпература цела павышаецца да 38—39 °C, з'яўляецца сухі кашаль або з невялікай колькасцю макроты, магчымы задышка, павышэнне тэмпературы на працягу 2—3 сутак.

Клінічнае працяканне ачаговай пнеўманіі і зыход яе надзвычай разнастайныя і залежаць ад многіх умоў, сярод якіх на першым месцы стаіць узбуджальнік, а для другаснай пнеўманіі — характар захворвання, на фоне якога яна развівалася. У апошнія гады асабліва часта сустракаецца зацяжное працяканне вострай пнеўманіі. Пры стафілакокавай пнеўманіі магчыма развіццё такога ўскладнення, як абсцэс лёгкіх.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Вялікую ролю ў лячэнні вострай пнеўманіі адыгрывае вызначэнне ўзбуджальніка і адчувальнасці хворага да шырокага спектру антыбіётыкаў. Пры лёгкай і сярэдняй цяжкасці працякання пнеўманіі выбар лекавых сродкаў спыняюць на прэпаратах групы пеніцылінаў, цяжкія формы пнеўманіі лечацца з дапамогай камбінацый лекавых сродкаў. Назначаюць так-

сама адхарквальныя сродкі, прэпараты для разрэджвання макроты, фізіятэрапеўтычнае лячэнне, лячэбную фізкультуру.

Прафілактыка. Неабходна праводзіць прафілактычныя мерапрыемствы па папярэджанні захворвання грыпам, бранхітам (загартоўванне арганізма, заняткі фізкультурай і спортам і інш.), якія павышаюць супраціўленне арганізма інфекцыі. Папярэджанне развіцця гіпастатычнай пнеўманіі заключаецца ў правільным доглядзе хворых з цяжкімі тэрапеўтычнымі, неўралагічнымі і хірургічнымі захворваннямі, якія доўга знаходзяцца ў пасіўным стане.

Бранхіяльная астма — хранічнае рэцыдыўнае захворванне дыхальных шляхоў з пераважным паражэннем бронхаў, якое праяўляецца прыступамі ўдушша ў выніку спазму гладкіх мышцаў бронхаў, гіперсакрэцыі і ацёку слізістай абалонкі бронхаў.

Асноўную ролю ва ўзнікненні бранхіяльнай астмы адыгрываюць алергены — рэчывы, якія выклікаюць алергічныя рэакцыі і бываюць неінфекцыйнай і інфекцыйнай прыроды. Да першай групы адносяцца бытавыя алергены: хатні пыл, пяро падушкі. Самым актыўным алергенам хатняга пылу з'яўляюцца пылавыя кляшчы, якія размнажаюцца восенню (кастрычнік—лістапад) і вясной (сакавік—красавік). У гэтую групу ўваходзяць і алергены кніжнага, бібліятэчнага пылу, а таксама алергены раслiннага і жывёльнага паходжання: пылок дрэў і травы, поўсць жывёл і інш.; прадукты — яйкі, рыба, цытрусавыя, хлебныя злакі, шакалад і інш.; лекавыя рэчывы — ацэтылсаліцылавая кіслата, вітаміны, антыбіётыкі і інш.; прадукты хімічнай прамысловасці — штучныя валокны, сінтэтычныя кляі і інш.

Да інфекцыйных алергенаў адносяцца: бактэрыі, вірусы, грыбы (кандыды, мікраспоры, дэрматафіты, асперыла, пеніцыліум і інш.), гельмінты, прасцейшыя. Яны выклікаюць інфекцыйна-алергічную бранхіяльную астму. Але на практыцы найбольш частай прычынай яе ўзнікнення з'яўляюцца розныя інфекцыі верхніх дыхальных шляхоў, бронхаў і лёгкіх.

Ва ўзнікненні бранхіяльнай астмы вялікую ролю адыгрывае спадчынная схільнасць да захворвання.

Часта бранхіяльная астма ўзнікае ў людзей з захворваннямі верхніх дыхальных шляхоў (сінусіты, гаймарыты, паліпоз носа, скрыўленне насавой перагародкі), а таксама ў людзей са схільнасцю да алергічных захворванняў (крапіўніца, сенная ліхаманка і інш.), пры захворваннях бронхаў і лёгкіх з алергічным кампанентам (прадастма).

Асноўныя сімптомы. Найбольш тыповы сімптом бранхіяльнай астмы — прыступ удушша, які ўзнікае як пры ўздзеянні на арганізм алергену, так і пры раздражненні рэцэптараў трахеі і вялікіх бронхаў якім-небудзь неалергічным фактарам (холад, рэзкі пах і інш.). Вядучае месца ва ўзнікненні прыступу ўдушша належыць бронхаспазму, які пачынаецца з пачуцця заложанасці ў носе, цяжару ў грудзях і суправаджаецца сухім кашлем. Пры інфекцыйна-алергічнай бранхіяльнай астме прыступ удушша развіваецца паступова, у выніку пагаршэння працякання бранхіту або пнеўманіі, на фоне якіх узнікае бранхіяльная астма. У многіх хворых развіццю прыступу папярэднічаюць прадрамальныя з'явы — парушэнні насавога дыхання, сухі прыступападобны кашаль, пачуццё пяршэння ў горле і інш.

Часам прыступ астмы пачынаецца ўначы, хворы прачынаецца ад пачуцця цяжару ў грудзях, у яго абцяжарваецца дыханне, на адлегласці чуюцца свісцячыя хрыпы. Падчас прыступу хворы прымае вымушанае сядзячае становішча, абапіраецца на рукі, пры гэтым плечы крыху ўзняты і схілены наперад, галава ўцягнута ў плечы, грудная клетка расшырана. Удых хуткі і перарывісты, за якім наступае працяглы, вельмі цяжкі актыўны выдых. У дыханні ўдзельнічаюць таксама мышцы верхняга плечавога пояса, брушной сценкі. Грудная клетка быццам застывае ў стане ўдыху.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Сучасныя метады лячэння бранхіяльнай астмы аб'ядноўваюцца ў дзве асноўныя групы: спецыфічныя і неспецыфічныя.

Спецыфічная тэрапія гэтага захворвання прадугледжвае ліквідацыю выяўленых алергенаў, памяншэнне кантакту з імі, паніжэнне павышанай адчувальнасці хворага да алер-

гену. Спецыфічная тэрапія паспяхова праводзіцца хворым неінфекцыйнай формай бранхіяльнай астмы. У хворых з інфекцыйнай формай яе вынікі менш эфектыўныя.

Вялікую ролю ў лячэнні інфекцыйнай бранхіяльнай астмы адыгрываюць своечасовае лячэнне прыдатачных пазух носа, хірургічнае лячэнне скрыўлення насавой перагародкі, а таксама лячэбна-прафілактычныя мерапрыемствы, накіраваныя на падаўленне інфекцыйна-запаленчага працэсу ў бронхах і лёгкіх.

Да неспецыфічнага лячэння бранхіяльнай астмы адносяцца выкарыстанне лекавых сродкаў, фізіятэрапеўтычных працэдур, выкананне практыкаванняў лячэбнай фізкультуры, іглаўколванне, масаж, санаторна-курортнае лячэнне.

Каб зняць прыступ удушша, прымяняюць лекавыя прэпараты, якія расслабляюць гладкую мускулатуру бронхаў і бранхіёл і здымаюць спазмы, памяншаюць ацёк слізістай абалонкі бронхаў. Для зручнага выкарыстання многія прэпараты выпускаюць у аэразольнай упакоўцы. З мэтай папярэджання прыступаў ужываюцца проціалергічныя сродкі.

Прафілактыка бранхіяльнай астмы ўключае своечасовае лячэнне ачагоў інфекцыі, папярэджанне вострых рэспіраторных захворванняў, своечасовае лячэнне вострых і зацяжных захворванняў насаглоткі, трахеі, бронхаў, пнеўманіі. Да прафілактыкі бранхіяльнай астмы адносіцца і барацьба з забруджваннем навакольнага асяроддзя, і забеспячэнне ўмоў працы, адпаведных санітарным нормам.

Пытанні для паўтарэння

1. Якія прычыны і фактары прыводзяць да ўзнікнення вострага бранхіту?
2. Назавіце сімптомы вострага бранхіту.
3. Раскажыце пра прынцыпы лячэння і прафілактыкі вострага бранхіту.
4. Пералічыце асноўных узбуджальнікаў пнеўманіі.
5. Назавіце асноўныя сімптомы пнеўманіі.
6. Раскажыце пра прынцыпы лячэння пнеўманіі і догляд хворых.
7. Апішыце асноўныя сімптомы бранхіяльнай астмы.
8. Раскажыце пра лячэнне бранхіяльнай астмы і догляд хворых.

5.3. ХВАРОБЫ ОРГАНАЎ КРОВАЗВАРОТУ

Хваробы органаў кровазвароту значна распаўсюджаны, часта прыводзяць да поўнай страты працаздольнасці.

Захворванні органаў кровазвароту маюць характэрныя сімптомы: задышка, боль у вобласці сэрца, сэрцабіцце, удушша, кровахарканне, парушэнне рытму сардэчных скарачэнняў, цыяноз, ацёкі і інш.

Задышка — адна з самых частых скаргаў і найбольш ранні сімптом сардэчнай недастатковасці (аслабленне сардэчнай мышцы).

Боль у вобласці сэрца — важны сімптом сардэчнасасудзістых захворванняў. Ён можа ўзнікаць пры розных паражэннях сэрца (стэнакардыя, інфаркт міякарда, неўроз сэрца і інш.) і іншых органаў (плеўрыт, пашкоджанні рэбраў, пераломы, туберкулёз і інш.). Боль пры стэнакардыі ўзнікае часцей ноччу, пры фізічнай і псіхічнай нагрузцы, пасля яды. Ён лакалізуецца звычайна за грудзінай, мае разнастайны характар (востры, ныючы), аддае ў левую руку або лапатку, шыю, ніжнюю сківіцу, суправаджаецца пачуццём страху. Боль пры інфаркце міякарда больш інтэнсіўны і працяглы, чым пры стэнакардыі.

Галаўны боль з'яўляецца пры гіпертанічнай хваробе ў выніку спазму артэрыяльных сасудаў і павышэння артэрыяльнага ціску, кіслароднага галадання галаўнога мозга.

Прыступы ўдушша могуць узнікаць пры значнай слабасці левага жалудачка, пароках сэрца, гіпертанічнай хваробе і інш., суправаджаюцца пачуццём вострага недахопу паветра, хрыпамі з бульканнем у грудзях, выдзяленнем макроты і інш.

Сэрцабіцце і парушэнне рытму звязаны з пашкоджаннем мышцы і праводзячай сістэмы, захворваннямі залоз унутранай сакрэцыі.

Цыяноз узнікае ў выніку застою вянознай крыві і абумоўлены недастатковасцю мышцы сэрца, прыроджанымі парокамі сэрца.

Кровахарканне можа быць сімптомам застою крыві ў сістэме лёгачнай артэрыі, узнікае пры звужэнні левага

перадсэрдзева-жалудачкавага клапана і недастатковасці мітральнага клапана.

Ацёкі з'яўляюцца пры аслабленні скарачальнай здольнасці міякарда і вянозным застоі крыві ў вялікім і малым кругах кровазвароту.

Ішэмічная хвароба сэрца (ІХС) — вострае і хранічнае пашкоджанне сардэчнай мышцы, абумоўленае парушэннем кровазвароту ў сасудах сэрца. ІХС — адна з шырока распаўсюджаных хвароб у многіх краінах. Найчасцей ІХС хварэюць ва ўзросце 40—65 гадоў, прычым каля 25 % хворых не адчуваюць болю і не звяртаюцца за медыцынскай дапамогай. Менавіта ў гэтай групе хворых вельмі частымі з'яўляюцца выпадкі нечаканага інфаркту міякарда (сардэчнай мышцы) і раптоўнай смерці. У фарміраванні ІХС галоўную ролю адыгрывае атэрасклероз — захворванне крывяносных сасудаў (артэрый), пры якім адбываецца адкладванне халестэрыну ў іх унутранай абалонцы. Развіццю атэрасклерозу садзейнічаюць многія фактары: павышэнне ў крыві ўзроўню халестэрыну, цукровы дыябет, артэрыяльная гіпертанія, курэнне, атлусценне, нервовае і эмацыянальнае перанапружанні.

Стэнакардыя — адна з самых распаўсюджаных форм ІХС. Непасрэдная прычына прыступу стэнакардыі — памяншэнне забеспячэння сардэчнай мышцы крывёй і патрэбнасць у кіслародзе.

Асноўныя сімптомы. Асноўнае праяўленне стэнакардыі — прыступы сціскальнага болю за грудзінай. Узнікаюць яны часцей пры фізічнай нагрузцы, пераходзяць у левую руку, плячо, шыю, ніжнюю сківіцу, зубы; суправаджаюцца пачуццём дыскамфорту ў грудзях, страхам. Боль хутка праходзіць пасля прыёму нітрагіцэрыны або падаўлення правакацыйнага фактару.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Лячэнне стэнакардыі ажыццяўляецца ў залежнасці ад цяжкасці захворвання. Перш за ўсё пры ўзнікненні прыступу стэнакардыі яго трэба купіраваць. Няўскладнены прыступ стэнакардыі можна зняць прыёмам пад язык нітрагліцэрыны, якая ўжо

праз 1—2 мін пашырае каранарныя сасуды і спыняе боль. Калі боль цалкам не праходзіць, прыём нітрагліцэрыны паўтараюць праз 10—15 мін у спалучэнні з валідолам або валяр'янкай.

Часам хворыя, ведаючы аб магчымасці ўзнікнення прыступу стэнакардыі, асабліва зімой пры выхадзе на вуліцу, пры ўздыманні па лесвіцы, нервовай нагрузцы, самастойна могуць прымаць нітрагліцэрыну з прафілактычнай мэтай.

Падчас прыступу стэнакардыі хвораму неабходна стварыць поўны спакой, пры магчымасці палажыць яго, забяспечыць прыток свежага паветра. Асабліва эфектыўныя ў некаторых выпадках адцягваючыя працэдуры (гарчычнікі на вобласць сэрца, апусканне левай рукі па локаць у гарачую ваду).

Востры інфаркт міякарда — вострае захворванне сардэчнай мышцы (міякарда) у выніку парушэння яе кровазвароту, якое ўзнікае ад звужэння сасудаў атэрасклератычнай бляшкай або трамбозу каранарных артэрый. Прыкладна ў палавіне выпадкаў інфаркт міякарда ўзнікае на фоне стэнакардыі.

Інфаркт міякарда развіваецца часцей у мужчын старэйшага ўзросту, але можа сустракацца і ў маладых асоб.

Асноўныя сімптомы. Інфаркт міякарда не мае адзінай сімптаматыкі. Найбольш частым сімптомам інфаркту міякарда з'яўляецца працяглы болевы прыступ у вобласці сэрца і за грудзінай. Наяўнасць болевага сіндрому характарызуе пачатак развіцця вострага перыяду захворвання. Боль пры інфаркце міякарда адрозніваецца ад болевага прыступу стэнакардыі не толькі інтэнсіўнасцю, але і працягласцю, таму што не купіруецца звычайнымі дозамі сасударасшыральных сродкаў. Боль узнікае раптам, мае асабліва інтэнсіўны характар, сціскальны, у некаторых выпадках востры, распіральны, які аддае ў левыя руку, кісць, ніжнюю сківіцу, вуха, зубы, эпігастральную вобласць, пад левую лапатку. Боль носіць хвалепадобны характар (то ўзмацняецца, то слабее), можа працягвацца некалькі гадзін і нават сутак, не здымаецца нітрагліцэрынай. Суправаджаецца пачуццём

страху, узбуджанасцю. Назіраецца бледнасць скуры, слізістых абалонак, халаднеюць пальцы рук і ступняў, з'яўляецца ліпкі халодны пот, сінюшнасць твару. Пры даследаванні пульсу назіраецца парушэнне рытму сэрца, якое змяняецца тахікардыяй і арытміяй. Артэрыяльны ціск у перыяд болевага прыступу можа быць павышаным, а затым паступова паніжацца.

Для пастаноўкі дыягназу інфаркту міякарда вялікае значэнне маюць паказчыкі электракардыяграмы.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Неадкладная дапамога пры падазрэнні на інфаркт міякарда ў хворага заключаецца ў купіраванні болевага сіндрому. Пры першым кантакце з хворым яму даюць пад язык 1—2 табл. нітрагліцэрыны кожныя 2—3 мін і 1 табл. аспірыну. У выпадку страты прытомнасці хворага неабходна палажыць і прыўзняць ногі для павелічэння аб'ёму вянознага прытоку крыві да сэрца.

Ужыванне сасударасшыральных сродкаў неабходна працягваць бесперапынна да поўнага спынення або рэзкага аслаблення болю, а пры неабходнасці ўвесці іх унутрывенна. Нараўне з наркатычнымі анальгетыкамі гэта стала галоўным сродкам барацьбы з болем: яны паніжаюць нагрузку на сэрца, палягчаюць яго дзейнасць пры інфаркце міякарда.

Пры раптоўным спыненні сэрца хвораму з інфарктам міякарда праводзяць штучную вентыляцыю лёгкіх метадам «рот у рот» і непрамы масаж сэрца.

Ва ўсіх выпадках інфаркту міякарда хворага неабходна памясціць у спецыялізаванае кардыялагічнае аддзяленне або блок інтэнсіўнай тэрапіі і рэанімацыі.

Вялікае значэнне ў лячэнні хворага з вострым інфарктам міякарда мае правільны догляд. На працягу першых тыдняў выконваецца пасцельны рэжым (але не поўная нерухомасць). Дастаткова доўгае знаходжанне хворага ў пасцелі спрыяе запаволенню кровазвароту ў перыферычных аддзелах сасудзістай сістэмы. Акрамя таго, паніжэнне скарачальнай функцыі сэрца таксама вядзе да парушэння актыўнай цыркуляцыі крыві. Для папярэджання развіцця пролежняў мяняюць становішча хворага, сочаць за чысці-

нёй скурных покрываў. У першыя дні хваробы для дэфекацыі і мачаспускання хвораму падкладваюць судна і падаюць мочапрыёмнік.

Хвораму з інфарктам назначаюць дыету, кормяць у пасцелі. Для прафілактыкі развіцця вянозных трамбозаў хворага 3 разы на дзень паварочваюць з боку на бок. Падчас гэтай працэдуры хворы не павінен рабіць рэзкіх рухаў, напружвацца.

Уставаць з пасцелі хворы павінен паступова. Спачатку ён садзіцца, а праз некалькі дзён і ўстае. Пры гэтым трэба сачыць за пульсам і артэрыяльным ціскам.

Прафілактыка. Першасная прафілактыка заключаецца ў прапагандзе здаровага ладу жыцця і ажыццяўленні гэтых прынцыпаў на практыцы. Вялікае значэнне маюць сістэматычныя заняткі фізічнай культурай, дастатковае знаходжанне на свежым паветры, рацыянальнае харчаванне, адмаўленне ад шкодных звычак. Другасная прафілактыка ўключае дыспансернае назіранне за асобамі, якія хварэюць атэрасклерозам, назначэнне перыядычных курсаў прэпаратаў, якія паніжаюць халестэрын у крыві, паляпшаюць мікрацыркуляцыю і жыўленне сценак сасудаў. Значнае месца ў прафілактыцы атэрасклерозу належыць правільнаму харчаванню і барацьбе з маларухомым ладам жыцця.

Гіпертанічная хвароба — хранічна працякаючае захворванне, асноўным праяўленнем якога з'яўляецца сіндром павышанага артэрыяльнага ціску. У аснове гіпертанічнай хваробы ляжыць павышаная напружанасць сценак дробных артэрый цела, якая абумоўлівае іх звужэнне і, такім чынам, памяншэнне іх прасвету. Гэта абцяжарвае рух крыві з аднаго ўчастка сасудзістай сістэмы (артэрыі) у другі (вены). У выніку ціск крыві на сценкі артэрый павышаецца і такім чынам узнікае гіпертанія. Адрозніваюць: 1) нармальны артэрыяльны ціск — ніжэйшы за 135/89 мм рт. сл.; 2) умерана павышаны — 140—159/90—95 мм рт. сл.; 3) павышаны — 160/95 мм рт. сл. і вышэйшы.

У фарміраванні гіпертанічнай хваробы прымаюць удзел разнастайныя фактары: спадчыннасць, парушэнне функцыі нервовай і эндакрыннай сістэм, атлусценне, ужыванне алка-

голю, курэнне, гіпадынамія, пажылы ўзрост, перанесеныя захворванні нырак, псіхаэмацыянальныя стрэсы, пастаяннае разумовае перанапружанне, чэрапна-мазгавая траўма, злоўжыванне алкаголем і інш.

Асноўным сімптомам гіпертанічнай хваробы з'яўляецца галаўны боль, абумоўлены павелічэннем артэрыяльнага ціску. Часцей за ўсё галаўны боль з'яўляецца раніцай у патылічнай вобласці. Хворых непакояць расстройствы сну, павышаная раздражняльнасць, паніжэнне памяці, аслабленне разумовай дзейнасці. З часам узнікаюць скаргі на боль у сэрцы і парушэнні ў яго рабоце, задышку пры фізічнай нагрузцы, пагаршэнне зроку.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Лячэнне хворых гіпертанічнай хваробай павінна быць строга індывідуальным, накіраваным на ліквідацыю фактараў рызыкі.

Лячэнне хворых з I стадыяй гіпертанічнай хваробы або яе пагранічнымі формамі, як правіла, павінна быць немедыкаментозным (стварэнне добрых умоў працы і адпачынку, лячэбная фізкультура, дыетычны рэжым харчавання і інш.). Толькі пры адсутнасці эфекту назначаюць лекавыя прэпараты.

У лячэнні хворых гіпертаніяй II і III стадыі вядучая роля адводзіцца сістэматычнаму прыёму медыкаментозных прэпаратаў. Хворы ў гэтым выпадку павінен усвядоміць, што толькі працяглае і ўстойлівае паніжэнне артэрыяльнага ціску можа палепшыць яго стан і паменшыць рызыку сасудзістых ускладненняў. Пры неабходнасці хворага навучаюць самастойна вымяраць артэрыяльны ціск у дамашніх умовах, што значна павышае эфектыўнасць кантролю за лячэннем. Прытрымліванне бяссолевай дыеты таксама спрыяе паніжэнню артэрыяльнага ціску.

Лячэнне гіпертанічнай хваробы павінна быць комплексным, што дазволіць значна панізіць дозу лекавых прэпаратаў і паменшыць колькасць пабочных рэакцый.

Пасля дасягнення эфекту хвораму рэкамендуюць прымаць падтрымліваючую дозу лекавых прэпаратаў і паступова яе паніжаць. Невыкананне гэтага прынцыпу пагаршае стан хворага і вядзе да страты кантролю за ўзроўнем артэрыяльнага ціску.

Гіпертанічны крыз — адно з найбольш частых і цяжкіх ускладненняў гіпертанічнай хваробы, якое характарызуецца рэзкім павышэннем артэрыяльнага ціску да высокіх паказчыкаў і абвастрэннем захворванняў, звязаных з паражэннем сасудаў галаўнога мозга.

Прафілактыка. Першасная прафілактыка ўключае ўздзеянне на фактары рызыкі, якія спрыяюць развіццю гіпертанічнай хваробы: 1) абмежаванне паваранай солі, узбагачэнне ежы каліем, кальцыем; 2) паніжэнне масы цела пры атлусценні да нармальнай; 3) папярэджанне гіпадынаміі; 4) адказ ад шкодных звычак; 5) памяншэнне ўздзеяння псіхаэмацыянальных нагрузак, адмоўных эмоцый і інш.

Другасная прафілактыка заключаецца ў індывідуальным падборы адпаведнага медыкаментознага лячэння і сістэматычным падтрыманні з яго дапамогай нармальнага або блізкага да нормы артэрыяльнага ціску.

Непрытомнасць — раптоўнае кароткачасовае парушэнне свядомасці, якое ўзнікае ў выніку кіслароднага галадання клетак галаўнога мозга. Непрытомнасць можа быць выклікана launch пeратамленнем, страхам, болем, рэзкай пераменай становішча цела, працяглым стаяннем, прыёмам медыкаментаў і інш. Непрытомнасці папярэднічаюць слабасць, млоснасць, шум у вушах, зняменне канечнасцей, пацямненне ў вачах, потавыдзяленне. Непрытомны стан часцей за ўсё наступае ў вертыкальным становішчы хворага. Ён павольна апускаецца на зямлю, скура становіцца вільготнай, пульс слабым, артэрыяльны ціск паніжаецца, дыханне рэдкае, павярхневае. Страта прытомнасці звычайна працягваецца каля 30 с, іншы раз крыху даўжэй.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Хворага ўкладваюць на спіну, ногі крыху прыўздымаюць, галаву апускаюць (каб узмацніць прыток крыві да галаўнога мозга), вызваляюць ад цеснага адзення (расшпільваюць каўнер, аслабляюць пояс), забяспечваюць паступленне свежага паветра, саграваюць канечнасці. Апырскваюць твар і грудзі вадой, расціраюць скроні і грудзі рукамі, ногі і рукі — ручніком. Даюць удыхаць пары нашатырнага спірту. Пасля

аднаўленне прытомнасці, нармалізацыі пульсу і артэрыяльнага ціску хвораму забяспечваюць фізічны і псіхічны спакой.

Інсульт — вострае парушэнне мазгавога кровазвароту з пашкоджаннем тканак мозга і расстройствам яго функцый. Адрозніваюць гемарагічны і ішэмічны інсульты.

Гемарагічны інсульт — найбольш цяжкая форма парушэнняў мазгавога кровазвароту, развіваецца пры кровазліцці пад абалонкі мозга або ў рэчыва мозга. Інсульт можа развіцца ў выніку гіпертанічнай хваробы, атэрасклерозу і многіх іншых захворванняў сасудаў, пры траўмах чэрапа.

Асноўныя сімптомы. Гемарагічны інсульт развіваецца раптоўна на фоне павышанага артэрыяльнага ціску. У пачатку развіцця інсульту назіраюцца выразныя сімптомы поўнага або няпоўнага паралічу канечнасцей на баку, процілеглым ачагу кровазліцця ў мозг: ступня павернута вонкава, паднятая рука падае, «як плець», тонус мышцаў, сухажыльныя і скурныя рэфлексы рэзка зніжаны. У многіх выпадках назіраецца асіметрыя твару з-за апушчэння вугла рота і надування шчакі на баку паралічу. Агульны стан хворага цяжкі, адзначаецца рвота, міжвольнае мочаспусканне і дэфекацыя. Пры выражаных сімптомах тэмпература цела можа падымацца да 40 °C і вышэй. Такі цяжкі, небяспечны для жыцця стан працягваецца 1—3 дні, затым прытомнасць вяртаецца і з’яўляюцца сімптомы, якія залежаць ад парушэння той або іншай вобласці мозга: адсутнасць адвольных рухаў палавіны цела (правай або левай), парушэнне маўлення і інш. Парушаныя функцыі могуць часткова, а часам амаль цалкам аднавіцца на працягу некалькіх месяцаў.

Ішэмічны інсульт выклікаецца вострым, адносна працяглым або пастаянным спыненнем кровазабеспячэння ўчастка мозга ў выніку ўстойлівага спазму або трамбозу сілкавальнай артэрыі. Інсульт можа быць вынікам непраходнасці для крыві асобных або некалькіх сасудаў, якія сілкуюць галаўны мозг. Прычынамі закупорвання сасудаў могуць быць атэрасклероз, трамбоз, спазм сасудаў, паталагічная іх звілістасць і інш.

Асноўныя сімптомы. Часта ішэмічнаму інсульту папярэднічаюць тупы галаўны боль, галавакружэнне, млоснасць, агульнае недамаганне, паніжэнне артэрыяльнага ціску. Развіццё інсульту можа быць раптоўным і паступовым. Паралічы адзначаюцца на баку, процілеглым ачагу размягчэння мозга, і бываюць не такія глыбокія і ўстойлівыя, як пры гемарагічным інсульце.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Пры першых прыметах інсульту неабходна тэрмінова выклікаць доктара, хвораму забяспечыць поўны спакой. У дамашніх умовах яго ўкладваюць на спіну ў ложак, сочаць за языком, бо магчыма яго западзенне. Неадкладныя лячэбныя мерапрыемствы павінны быць накіраваны на паніжэнне артэрыяльнага ціску, памяншэнне ацёку мозга, паляпшэнне жыццёва важных функцый арганізма. Шпіталізацыя паказана ўсім хворым з інсультам, за выключэннем нетранспартабельных.

Агульны догляд хворых прадугледжвае назіранне за станам ротавай поласці, своечасовае апаражненне мачавога пузыра, пры неабходнасці мачу спускаюць катэтарам. Пры міжвольным мочаспусканні і дэфекацыі варта карыстацца пастаянным мочапрыёмнікам, падкладным суднам або аднаразовымі падгузнікамі. Неабходна прафілактыка ўтварэння пролежняў. Хвораму штодзённа робяць агульныя гігіенічныя працэдуры. Ежа хворага павінна быць лёгказасваяльнай, вадкасць даецца з паільніка. Незалежна ад ступені астаткавых парушэнняў рухаў хвораму праводзяць рэабілітацыйныя мерапрыемствы па аднаўленні маўлення і рухальных функцый.

Пытанні для паўтарэння

1. Назавіце асноўныя прыметы захворванняў органаў кровазвароту.
2. Што такое ішэмічная хвароба сэрца?
3. Дайце характарыстыку асноўным сімптомам стэнакардыі. Як дапамагчы хвораму з прыступам стэнакардыі?
4. Што такое інфаркт міякарда? Пералічыце яго асноўныя сімптомы. Раскажыце пра неадкладную дапамогу і прынцыпы лячэння інфаркту міякарда.

5. Дайце характарыстыку гіпертанічнай хваробе. Якія прынцыпы лячэння гіпертанічнай хваробы і догляду хворых?
6. Раскажыце пра неадкладную дапамогу пры непрытомнасці.
7. Што такое інсульт? Назавіце віды інсульту і дайце ім характарыстыку. Раскажыце пра неадкладную дапамогу пры інсульце.

5.4. ХВАРОБЫ ОРГАНАЎ СТРАВАВАННЯ

Хваробы сістэмы органаў стрававання — адны з самых распаўсюджаных сярод насельніцтва. Захворванне імі не мае тэндэнцый да паніжэння, а, наадварот, характарызуецца далейшым ростам, часта прыводзіць да страты працаздольнасці і інваліднасці.

Пры захворваннях органаў стрававання хворыя скардзяцца на боль у жываце, парушэнне апетыту, адрыжку, млоснасць, ірвоту, метэарызм, парушэнне функцый кішэчніка і г. д.

Боль у брушной поласці пры розных захворваннях органаў стрававання адрозніваецца па лакалізацыі, інтэнсіўнасці, сувязі з прыёмам ежы і г. д. Пры захворваннях страўніка і дванаццаціперснай кішкі боль лакалізуецца ў эпігастральнай вобласці і звязаны з прыёмам ежы. Асаблівасцю гэтага болю з'яўляецца яго перыядычнасць, з'яўленне або ўзмацненне непасрэдна пасля прыёму ежы («ранні боль») або на пусты страўнік («позні», «галодны боль»). Значна радзей сустракаецца боль пастаянны, інтэнсіўнасць якога не мяняецца ў сувязі з прыёмам ежы. Пры захворваннях печані і жоўцевывадных шляхоў боль лакалізуецца ў правым падрабрынні.

Парушэнне апетыту ў большай ступені звязана са станам сакраторнай функцыі страўніка. Павышаны апетыт назіраецца пры павялічанай сакрэцыі страўніка, а паніжаны — пры паніжэнні сакрэцыі. Пры хранічных гастрытах і асабліва пры раку страўніка часта сустракаецца поўная страта апетыту або яго скажэнне: напрыклад, у хворага назіраецца агіда да мяса або іншых прадуктаў.

Адрыжка — раптоўнае міжвольнае выдзяленне ў поласць рота газу са страўніка, якое суправаджаецца характэрным гукам паветра, што выходзіць праз рот, пры ўзмацненні сакрэцыі страўніка яна можа суправаджацца адчуваннем кіслаты ў роце, а пры гніласных працэсах у страўніку — непрыемным пахам.

Пякотка — пачуццё гарачыні або смылення ў падлыжачнай вобласці і за грудзінай, якое ўзнікае пры пападанні ў ніжнюю частку стрававода таго, што знаходзіцца ў страўніку.

Млоснасць — непрыемнае адчуванне ў падлыжачнай вобласці ў спалучэнні з пачуццём ціску.

Ірвота — міжвольнае выкіданне змесціва страўніка праз рот у выніку спазматычных скарачэнняў мускулатуры страўніка, дыяфрагмы, ніжняга аддзела стрававода. Яна можа быць абумоўлена прыёмам недабраякаснай ежы, хваробай страўніка.

Метэарызм — адчуванне ўздуцця і распірання жывата, якое суправаджаецца моцным адыходам газаў.

Парушэнне функцый кішэчніка ў выглядзе паносаў і запораў — важны сімптом захворванняў органаў стрававання. *Панос (дыярэя)* — вадкі стул пры частым апаражненні кішэчніка. Прычынамі яго могуць быць узмацненне перыстальтыкі кішэчніка, запаленчыя працэсы (дызентэрыя) і інш. *Запор* — затрымка калу ў кішэчніку больш чым на 2 сутак. Адрозніваюць функцыянальныя і арганічныя запоры. Першыя абумоўлены недахопам у ежы клятчаткі, запаленчымі працэсамі, недастатковай перыстальтыкай кішэчніка, слабасцю брушнога прэса, другія ўзнікаюць пры пухлінах кішэчніка, яго рубцовых звужэннях.

Востры гастрыт — запаленчае парушэнне слізістай абалонкі страўніка.

Развіццё вострага гастрыту выклікаецца разнастайнымі прычынамі: парушэннем рэжыму харчавання (ужыванне вострай, занадта гарачай, цяжказасваяльнай, няякаснай ежы, злоўжыванне алкаголем, нерэгулярны прыём ежы на

працягу доўгага часу), медыкаментозным пашкоджаннем слізістай абалонкі страўніка, павышанай адчувальнасцю страўніка да некаторых прадуктаў, ужываннем інфіцыраваных сальманеламі, стафілакокамі і іншымі мікробамі харчовых прадуктаў.

Асноўныя сімптомы. Праяўленні вострага гастрыту заключаюцца ў тым, што хворыя адчуваюць боль, цяжар у падлыжачнай вобласці, млоснасць, у іх з'яўляецца рвота, іншы раз панос, слінавыдзяленне або сухасць у роце. Язык пакрыты шэра-белым налётам.

Прынцыпы лячэння. Лячэнне вострага гастрыту перш за ўсё залежыць ад яго віду. Так, пры простым вострым гастрыце, выкліканым атручэннем, неабходна адразу ж ачысціць страўнік і кішэчнік ад рэшткаў ежы з дапамогай прамывання. У больш лёгкіх выпадках прамыванне можа быць выканана шляхам выпівання вады і штучным выкліканнем ірвоты.

У першыя два дні хворыя павінны ўстрымацца ад ежы, але разам з тым атрымліваць дастатковую колькасць вадкасці. Калі рвота спынілася, то хвораму даюць чай, настой шыпшыны, рысавы або аўсяны адвар.

З лячэбных прэпаратаў назначаюць адсарбенты (актываваны вугаль і інш.), антыбіётыкі шырокага спектру дзеяння; пры выражаным болевым сіндроме — спазмалітыкі.

Вялікую ролю ў лячэнні вострага гастрыту адыгрывае лячэбнае харчаванне: на 2—3-і дзень — булён без тлушчу, слізісты суп, працёртыя кашы, кісялі; на 4-ы дзень — мясны, рыбны булён, бульбяное пюрэ, сухары. Затым хвораму назначаюць адпаведную дыету, а праз 7—8 дзён ён пераходзіць на звычайнае харчаванне.

Прафілактыка развіцця вострага гастрыту заключаецца ў строгім выкананні ўсіх правіл гігіены харчавання, як грамадскіх, так і індывідуальных. Першае прадугледжвае пастаянны кантроль за прадуктамі на шляху да спажыўца. Асаблівай увагі патрабуюць прадукты, якія ўжываюць без папярэдняй тэрмічнай апрацоўкі. Вялікую ролю адыгрывае і выкананне правіл асабістай гігіены работнікамі ўстаноў грамадскага харчавання. Індывідуальная прафілактыка зво-

дзіцца да рацыянальнага рэжыму харчавання, абмежавання моцных алкагольных напояў, а таксама папярэджання выпадковага ўжывання кіслот, шчолачаў і інш.

Язвавая хвароба страўніка і дванаццаціперснай кішкі — хранічнае рэцыдывіруючае захворванне, у аснове якога ляжыць запаленне слізістай абалонкі страўніка і дванаццаціперснай кішкі; у большасці выпадкаў выклікаецца піларычным хелікабактэрам, працякае з пагаршэннем кровазабеспячэння слізістай абалонкі і праяўляецца разбурэннем слізістага бар'еру і ўтварэннем язваў.

Сярод мноства прычын, якія могуць прывесці да ўзнікнення язвавай хваробы, найбольш значнае месца займаюць: 1) востры і хранічны псіхаэмацыянальны стрэс; 2) парушэнне рэжыму харчавання, незбалансаванае харчаванне; 3) уздзеянне мясцовых фізічных, хімічных, тэрмічных раздражняльнікаў; 4) курэнне і ўжыванне алкаголю; 5) лекавыя рэчывы, якія раздражняюць і пашкоджваюць слізістую абалонку страўніка; 6) інфіцыраванне страўніка хелікабактэрыямі.

Асноўным сімптомам захворвання ў тыповых выпадках з'яўляецца прыступападобны боль, які звязаны з прыёмам ежы і звычайна сціхае пасля прыёму ежы. На піку болевага прыступу можа ўзнікнуць аднаразовая рвота кіслым змесцівам, пасля якой самаадчуванне хворага паляпшаецца; таксама назіраюцца пякотка і запоры. Для язвавай хваробы характэрны сезонныя абвастрэнні — вясной і восенню, а таксама сувязь з нервовай, эмацыянальнай і цяжкай фізічнай нагрузкамі, ужываннем вострай, грубай ежы, алкаголю. Адзначаюцца павышаная стамляльнасць, расстройства сну, патлівасць. Корань языка абкладзены. Сярод розных метадаў дыягностыкі язвавай хваробы вядучае месца займаюць фібрагастраскапія і рэнтгенаскапія страўніка.

Прынцыпы лячэння. Адрозніваюць два віды лячэння язвавай хваробы: кансерватыўнае і хірургічнае. Першае праводзяць пры няўскладненай язвавай хваробе, другое — пры падазрэнні на крывацёк, прабадзенне (утварэнне ў сценцы страўніка або дванаццаціперснай кішкі адтуліны) і інш.

Процiязвавая тэрапiя ўключае лячэбнае харчаванне, медыкаментознае i фiзiялячэнне. Прадугледжваецца абмежаванне рухальнай актыўнасцi, назначэнне дыеты, прэпаратаў, якiя нармалiзуюць сакраторную, маторную функцыi страўнiка i дванаццацiперснай кiшкi. Улiчваючы вялiкую ролю нервова-псiхiчнага фактару ва ўзнiкненнi i працяканнi язвавай хваробы, выкарыстоўваюць заспакаяльныя працэдуры i сродкi.

Прафiлактыка. Першасная прафiлактыка накiравана на папярэджанне захворвання. Яна ўключае ў сябе правiльнае харчаванне, арганiзацыю працы i адпачынку, устрыманне ад курэння i алкаголю, стварэнне псiхалагiчнага камфорту, занятки фiзiчнай культурай i iнш. Першасная прафiлактыка павiнна быць накiравана на раннюю дыягностыку i лячэнне перад’язвавага стану, функцыянальных расстройстваў страўнiка i дванаццацiперснай кiшкi, а таксама на выяўленне iншых фактараў рызыкi захворвання. Другасная прафiлактыка прадугледжвае папярэджанне абвастрэнняў хваробы. Яна ажыццяўляецца пры дыспансерным назiраннi за хворым.

Вострая пячоначная колiка — тыповы сiмптом жоўцекамянёвай хваробы — захворвання, якое характарызуецца ўтварэннем у жоўцевым пузыры i жоўцевых пратоках камянёў. Правакацыйная роля ва ўзнiкненнi прыступу належыць адмоўным эмоцыям, парушэнням дыетычнага рэжыму, фiзiчнай нагрузцы i iнш.

Асноўныя сiмптомы. Пячоначная колiка, як правiла, узнiкае раптоўна, часта ўначы, лакалiзуецца ў правым падрабрыннi, аддае ў правую руку, плячо, лапатку. Боль, як правiла, моцны, колючага, раздзiраючага, рэжучага характару, можа суправаджацца рвотай, дрыжыкамi i павышэннем тэмпературы. Падчас прыступу жывот уздуты, брушная сценка напружана, боль у праекцыi жоўцевага пузыра.

Працягласць болевага прыступу пры няўскладненай хваробе розная — ад некалькiх хвiлiн да некалькiх гадзiн або некалькiх сутак. У большасцi выпадкаў пасля спынення прыступу хворыя адчуваюць сябе здавальняюча.

Прынцыпы лячэння. Падчас прыступу пячоначнай колікі неабходна выклікаць доктара. Аказанне неадкладнай тэрапеўтычнай дапамогі пры пячоначнай коліцы, незалежна ад прычыны яе ўзнікнення, пачынаюць з прэпаратаў, якія здымаюць спазм і абязбольваюць. Наяўнасць запаленчага працэсу патрабуе ўвядзення антыбіётыкаў шырокага спектру дзеяння.

Для ***прафілактыкі*** пячоначнай колікі важнае значэнне маюць агульны гігіенічны рэжым, правільнае харчаванне (ужыванне агародніны, нятлустых, бедных халестэрынам і багатых бялком прадуктаў, рэгулярны прыём ежы), барацьба з атлусценнем, інфекцыямі, захворваннямі і парушэннямі функцыі органаў стрававання, своечасовая ліквідацыя застою жоўці, адсутнасць псіхічнага і фізічнага перанапружання, сістэматычныя заняткі фізічнай культурай, спортам.

Пытанні для паўтарэння

1. Пералічыце асноўныя сімптомы захворванняў органаў стрававання.
2. Што такое востры гастрыт? Якія прынцыпы лячэння і прафілактыкі вострага гастрыту?
3. Дайце азначэнне язвавай хваробы. Якія прынцыпы лячэння і прафілактыкі захворвання?
4. Раскажыце пра пячоначную коліку, неадкладную дапамогу пры яе ўзнікненні.

5.5. ХВАРОБЫ ЭНДАКРЫННАЙ СІСТЭМЫ

Цукровы дыябет — захворванне эндакрыннай сістэмы, для якога характэрна парушэнне вугляводнага і іншых відаў абмену рэчываў у выніку абсалютнай або адноснай інсулінавай недастатковасці падстраўнікавай залозы. Сутнасць захворвання заключаецца ў недастатковым засваенні клеткамі арганізма паступаючых з ежай вугляводаў, што звязана з недастатковай выпрацоўкай інсуліну падстраўнікавай залозай. У нармальных умовах харчовыя вугляводы (цукар, хлеб, крупы, агародніна) у кішэчніку чалавека ператвараюцца ў найпростую форму цукру — глюкозу, якая з’яўляец-

ца адным з асноўных відаў сілкавання арганізма. Пры цукровым дыябеце з-за недастатковага засваення клеткамі глюкозы яна ў вялікай колькасці назапашваецца ў крыві. Недахоп інсуліну вядзе таксама да парушэння воднага абмену, у выніку чаго тканкі не ўтрымліваюць ваду. Неспажытая тканкамі вада выдзяляецца з арганізма ў вялікай колькасці з мачой.

Фактарамі, якія садзейнічаюць развіццю цукровага дыябету, могуць быць гіпертанічная хвароба, атэрасклероз, атлусценне, злоўжыванне алкаголем, захворванні печані і падстраўнікавай залозы, спадчыннасць і інш.

Адрозніваюць інсуліназалежны і інсулінанезалежны тыпы цукровага дыябету, паводле ступені цяжкасці захворвання — лёгкую, сярэднецяжкую і цяжкую формы. *Інсуліназалежны цукровы дыябет* часцей сустракаецца ў асоб маладога ўзросту і пачынаецца даволі востра. Асноўнымі сімптомамі пачатковага перыяду дыябету гэтага тыпу з'яўляецца смага, сухасць у роце, частае мочаспусканне, пахудзенне, паступова нарастаючая слабасць. Асноўныя лабараторныя прыметы дыябету — павышэнне ўзроўню глюкозы ў крыві і парушэнне яе ўтылізацыі перыферычнымі тканкамі.

Інсулінанезалежны цукровы дыябет часцей узнікае ў людзей пасля 40 гадоў з павышанай масай цела. Гэты тып дыябету пачынаецца паступова і марудна прагрэсіруе. Хворых непакояць нязначная смага, слабасць, пахудзенне, парадантоз і іншыя сімптомы. Першыя прыметы захворвання (сухасць у роце, павялічаная патрэбнасць у вадкасці і інш.) узнікаюць праз некалькі месяцаў або гадоў пасля пачатку захворвання.

Прынцыпы лячэння. Сучаснае лячэнне цукровага дыябету накіравана на максімальную рэгуляцыю парушаных абменных працэсаў, якія ўзнікаюць у арганізме з-за абсалютнай або адноснай недастатковасці інсуліну. Рацыянальнае лячэнне хворых цукровым дыябетам засноўваецца на дыетатэрапіі, увядзенні інсуліну і таблетызаваных форм прэпаратаў, якія зніжаюць узровень цукру ў крыві і нармалізуюць абменныя працэсы. Інсулін уводзіцца ў выглядзе ін'екцый, бо пры прыёме ўнутр ён разбураецца стрававальнымі ферментамі.

Каматозныя станы пры цукровым дыябеце ў залежнасці ад прычын падзяляюцца на гіперглікемічную (дыябетычную) і гіпаглікемічную (звязаную з передазіроўкай інсуліну) формы. *Дыябетычная кома* ўзнікае пры дэфіцыце інсуліну. Яе развіццю садзейнічаюць недастаткова паслядоўнае лячэнне дыябету, парушэнне дыеты, запаленчыя працэсы, траўмы і інш. Каматозны стан развіваецца пастулова на працягу некалькіх гадзін або сутак. Яму папярэднічаюць слабасць, сухасць у роце, смага, боль у жываце, санлівасць і інш. Скурныя покрывы твару ружаватыя, вусны і язык сухія, дыханне шумнае, адчуваецца запах ацэтону з рота. Тонус мышцаў паніжаны, артэрыяльны ціск паніжаны, пульс слабы, у крыві і мачы павышаны ўзровень цукру.

Лячэнне дыябетычнай комы накіравана на ліквідацыю інсулінавай недастатковасці; нармалізацыю водна-солевага абмену; знішчэнне інфекцый або ўстараненне іншай прычыны, якая прывяла да развіцця комы.

Гіпаглікемічная кома ўзнікае пры хуткім паніжэнні цукру ў крыві (перадазіроўка інсуліну, парушэнне дыеты, фізічныя і псіхічныя нагрузкі і інш.). Яе клінічныя прыметы развіваюцца вельмі хутка: назіраюцца бледнасць і вільготнасць скурных покрываў, галаўны боль, слабасць, сэрцабіцце, павышэнне тонусу мышцаў, узмацненне рэфлексаў, сутаргі, узбуджанасць, парушэнне свядомасці. Лячэнне комы ажыццяўляецца з дапамогай лёгказасваяльных вугляводаў (цукар, салодкі чай). У цяжкіх выпадках уводзяць унутрывенна 40—100 мл 40 %-нага раствору глюкозы і іншыя лекавыя сродкі.

Догляд хворых цукровым дыябетам прадугледжвае дасканалае правядзенне агульных мерапрыемстваў па доглядзе і, акрамя таго, уключае ў сябе шэраг спецыяльных пытанняў, звязаных з асаблівасцямі лячэння такіх хворых.

У хворых цукровым дыябетам на фоне моцнага свербу і паніжанай адчувальнасці да патагенных мікраарганізмаў часта назіраюцца розныя змяненні скурных покрываў. У сувязі з гэтым неабходна дасканалая гігіена скурнага покрыва.

На фоне нізкай супрацiўляльнасцi арганізма ў хворых часта ўзнікаюць запаленчыя захворванні дзёснаў (гінгівіт) і слізістай абалонкі поласці рота (стаматыт). Прафілактыка такіх ускладненняў патрабуе сістэматычнага назірання за поласцю рота, своечасовай санацыі.

У хворых цукровым дыябетам часта выяўляюцца спадарожныя захворванні органаў дыхання, сардэчна-сасудзістай сістэмы, стрававальнага тракта і інш. Усё гэта абумоўлівае неабходнасць пастаяннага назірання за станам дыхальнай і сардэчна-сасудзістай сістэмы; падліку частаты дыхання і выяўлення асаблівасцей пульсу, вымярэння артэрыяльнага ціску, кантролю за дзейнасцю кішэчніка і інш.

Прафілактыка. Да асноўных прафілактычных мерапрыемстваў адносяцца рацыянальнае харчаванне, фізічная актыўнасць, папярэджанне атлусцення і яго лячэнне. Пры з'яўленні прымет парушэння вугляводнага абмену неабходна выключыць са свайго харчавання прадукты, якія ўтрымліваюць лёгказасваяльныя вугляводы (цукар і інш.), багатыя жывёльным тлушчам. Абмежаванняў у ежы варта прытрымлівацца людзям старэйшага ўзросту незалежна ад выражанасці атэрасклератычных парушэнняў, асабліва пры павялічанай масе цела.

Прафілактыка дэкампенсацыі пры наяўным цукровым дыябеце (другасная прафілактыка) заключаецца ў строгім выкананні рацыянальнага рэжыму працы і адпачынку, выключэнні эмацыянальнага і фізічнага напружання, назначэнні адпаведнай дыеты, своечасовым прыёме ежы, адэкватным лячэнні захворвання.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое цукровы дыябет?
2. Пералічыце прычыны і фактары рызыкі ўзнікнення цукровага дыябету.
3. Назавіце адрозненні паміж 1 і 2 тыпамі цукровага дыябету, апішыце іх асноўныя сімптомы.
4. Якія прынцыпы лячэння цукровага дыябету?
5. Якім павінен быць догляд хворых цукровым дыябетам?

5.6. ХВАРОБЫ МОЧАВЫДЗЯЛЯЛЬНАЙ СІСТЭМЫ

Пры захворваннях нырак лячэнне хворага шмат у чым залежыць ад своечасовай і дакладнай дыягностыкі. Найбольш характэрныя сімптомы паражэння нырак — гэта ацёкі, расстройствы мочавыдзялення і мочаспускання, змяненне саставу мачы, павышэнне артэрыяльнага ціску.

Ацёкі пры захворваннях нырак разнастайныя па ступені выразнасці, лакалізацыі, устойлівасці. Часцей за ўсё ацёкі праяўляюцца раніцай на твары. Пры больш значным ацёчным сіндроме яны ўзнікаюць на ніжніх канечнасцях (пераважна на галёнках). У некаторых выпадках ацёкі дасягаюць вялікіх памераў.

Змяненне мочавыдзялення — часты сімптом захворванняў мочапалавой сістэмы. Звычайна ацёкі спалучаюцца з памяншэннем выдзялення мачы.

Расстройствы мочаспускання — балючае і частае мочаспусканне — пераважна звязаны з запаленчымі працэсамі мочавывадных шляхоў (цыстыт, урэтрыт, прастатыт), але могуць узнікнуць у выніку праходжання каменя па мачаточніку.

Змяненне колеру мачы часцей за ўсё абумоўлена прымессю крыві (макрагематурыя). Макрагематурыя, якая ўзнікае пасля ырачнай колікі, сведчыць аб наяўнасці мочакаменнай хваробы. Пры выяўленні змянення колеру мачы ў першую чаргу неабходна ўралагічнае абследаванне і вызначэнне захворвання. Бязболевая, значная макрагематурыя, якая развілася раптоўна, патрабуе выключэння пухліннага працэсу ў нырках.

Змяненне саставу мачы выяўляюць пры лабараторным даследаванні. Пры захворваннях нырак сустракаецца павышанае выдзяленне з мачой эрытрацытаў, бялку, наяўнасць у мачы лейкацытаў.

Боль у паяснічнай вобласці можа быць абумоўлены запаленчымі працэсамі ў нырках, выкліканы каменем, згусткам крыві, пухлінай і інш. Моцны прыступападобны боль у паясніцы з тыповай аддачай уніз — характэрны сімптом для мочакаменнай хваробы.

Павышаная тэмпература цела можа быць прыметай інфекцыі ў людзей з захворваннямі нырак (востры або хранічны піеланефрыт і інш.), пухліны нырак і інш.

Востры піеланефрыт — запаленне ныркі і яе лаханкі. Піеланефрыт адносіцца да ліку самых распаўсюджаных захворванняў наогул і захворванняў нырак у прыватнасці.

Асноўнай прычынай узнікнення вострага піеланефрыту выступае інфекцыя: найбольш часта — кішэчная палачка, радзей — стафілакок, энтэракок, стрэптакок і інш. Узнікненню і развіццю піеланефрыту спрыяюць паніжэнне супраціўляльнасці арганізма інфекцыям у выніку пераахаладжэння, launched пeратамлення; перанесеныя цяжкія запаленчыя ўрагенітальныя захворванні і інш.

Асноўныя сімптомы. Захворванне праяўляецца агульнымі і мясцовымі сімптомамі. Характэрна трыяда сімптомаў: дрыжыкі з наступным павышэннем тэмпературы, пачашчанае мочаспусканне і боль у паясніцы. Мясцовыя сімптомы пры вострым піеланефрыце характарызуюцца болем і напружаннем мышцаў спіны і брушной поласці. Пачатак захворвання востры: з’яўляюцца высокая тэмпература — да 40 °C, дрыжыкі. Хворыя скардзяцца на разбітасць, смагу, моцны галаўны боль, боль у суставах, млоснасць, ірвоту. У мачы з’яўляюцца бялок, эрытрацыты, вялікая колькасць лейкацытаў.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Лячэбныя мерапрыемствы пры вострым піеланефрыце вызначаюцца ў асноўным яго формай і стадыяй. Найбольшае значэнне мае антыбактэрыяльная тэрапія. Яна праводзіцца ў адпаведнасці з вынікамі вызначэння адчувальнасці мачавой інфекцыі да антыбіётыкаў, а таксама на аснове індывідуальнай пераноснасці.

У вострым перыядзе захворвання, асабліва пры павышанай тэмпературы цела і болю, хвораму назначаюць пасцельны рэжым. Паказаны прыём вялікай колькасці вадкасці ў выглядзе сокаў, морсаў, мінеральнай вады, чаю, настою з мачагонных траў. Харчаванне хворага павінна быць дастатковым для забеспячэння неабходнай колькасці калорый. Ежа не павінна ўтрымліваць раздражняльных кампа-

нентаў; перавага аддаецца малочным і раслінным стравам. Пасля паляпшэння стану дыету паступова пашыраюць.

Пры болю ў вобласці нырак рэкамендуюцца цеплавыя працэдуры — грэлкі, сагравальныя кампрэсы і інш.

Прафілактыка ўзнікнення піеланефрыту заключаецца ў своечасовай санацыі ачагоў інфекцыі, асабліва хранічных запаленчых захворванняў палавых органаў, ніжніх аддзелаў мочавывадных шляхоў, а таксама ў папярэджанні рэзкага пераахаладжэння.

Ырачная коліка — праяўленне мочакаменнай хваробы, якая характарызуецца ўтварэннем у нырках і мочавывадных шляхах мачавых камянёў у выніку парушэння абмену рэчываў і змяненняў з боку мачавых органаў. Развіваецца пры раптоўным узнікненні перашкоды на шляху адтоку мачы. Часцей за ўсё коліка ўзнікае падчас руху каменя па мачаточніку, закупаранаму згусткамі крыві, пухлінай або з парушанай праходнасцю ў выніку запаленчых працэсаў.

Асноўныя сімптомы. Прыступ пачынаецца раптоўна. Часцей за ўсё ўзнікае пасля фізічнага напружання, прыёму значнай колькасці вадкасці, але можа наступіць і ў стане спакою, уначы падчас сну. Боль востры, рэжучы з перыядамі сціхання і абвастрэння. Хворыя паводзяць сябе неспакойна ў пасцелі, шукаюць зручнае становішча, якое дапамагло б паменшыць боль. Як правіла, боль пачынаецца ў паяснічнай вобласці, распаўсюджваецца па ходзе мачаточніка ў бок мачавога пузыра, пахвіннай вобласці, палавых органаў, можа аддаваць у падрабрынне і жывот. Моцны боль суправаджаецца частымі пазывамі да мочаспускання. Хворы бледны, скура пакрыта халодным ліпкім потам. Назіраюцца рэфлекторная млоснасць і рвота, пазывы да дэфекацыі. Боль можа быць вельмі інтэнсіўным і суправаджацца стратай прытомнасці.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Неадкладная дапамога звычайна абмяжоўваецца цеплавымі працэдурамі (гарачыя грэлкі на вобласць паясніцы, гарачыя ванны), увядзеннем спазмалітыкаў і абязбольваючых сродкаў. Пры неэфектыўнасці гэтых мер хворага шпіталізуюць.

Востры цыстыт — запаленне слізістай абалонкі мачавога пузыра. Узнікае пры пранікненні ў мачавы пузыр інфекцыі (кішэчная палачка, энтэракок, стрэптакок і інш.). Магчыма паражэнне мачавога пузыра ў выніку інфекцый, якія перадаюцца палавым шляхам. Развіццю хваробы спрыяюць фактары, якія выклікаюць раздражненне слізістай абалонкі: пераахаладжэнне цела, частае ўжыванне вострых прыправаў, алкагольных напояў, а таксама запоры.

Асноўныя сімптомы. Востры цыстыт характарызуецца балючым, частым мочаспусканнем малымі порцыямі (часам праз кожныя 5—10 мін). Боль разнастайны: пякучы, рэжучы, тупы, які ўзмацняецца ў канцы мочаспускання. Вострaму цыстыту ўласцівы пачуццё цяжару ўнізе жывата і ў прамежнасці. Пры цяжкім працяканні захворвання магчыма нязначнае павышэнне тэмпературы цела.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Вядучае значэнне ў лячэнні захворвання мае антыбактэрыяльная тэрапія, каб прадухіліць пераход хваробы ў хранічную форму. У вострым перыядзе паказаны пасцельны рэжым, неабходна выключыць з харчавання кансервы, вострыя соусы, прыправы, вэнджаніну, алкагольныя напоі, сачыць за функцыяй кішэчніка.

Мерай ***прафілактыкі*** вострага цыстыту з'яўляецца загартоўванне, лячэнне спадарожных захворванняў, гігіена палавых органаў, асабістая гігіена. Пажадана пазбягаць пераахаладжэння, нашэння вопраткі не па сезоне, частага ўжывання кансерваваных прадуктаў, алкаголю і інш.

Пытанні для паўтарэння

1. Назавіце асноўныя сімптомы хвароб мочавыдзяляльнай сістэмы.
2. Пералічыце асноўныя сімптомы вострага піеланефрыту і прычыны яго ўзнікнення. Раскажыце пра прынцыпы лячэння і догляд хворых.
3. Што такое нырачная коліка і якая неадкладная дапамога пры ёй?
4. Дайце характарыстыку востраму цыстыту, прынцыпам лячэння і мерам яго прафілактыкі.

5.7. РАДЫЯЦЫЙНЫЯ ПАРАЖЭННІ

Радыеактыўнасць — здольнасць ядраў пэўных элементаў самаадвольна ператварацца ў ядры іншых элементаў (без знешняга ўплыву) з выпусканнем асобага роду выпраменьвання. Радыеактыўныя з'явы, якія адбываюцца ў прыродзе без удзелу чалавека, называюцца прыроднай радыеактыўнасцю. Аналагічныя працэсы, якія працякаюць у штучна атрыманых рэчывах, — штучная радыеактыўнасць. Радыеактыўныя элементы шырока распаўсюджаны ў прыродзе, з'яўляюцца яе неад'емнай часткай. Нават у арганізме чалавека прысутнічае следавая колькасць радыеактыўных рэчываў.

Радыеактыўнае рэчыва падвяргаецца самаадвольнаму распаду па законах радыеактыўнага распаду. Скорасць распаду вызначаецца станам ядра і не паддаецца кіраванню без змянення фізічнага стану самога атамнага ядра. Для кожнага радыенукліда характэрна сярэдняя скорасць распаду яго атамаў. Яна нязменная, пастаянная і ўласцівая толькі дадзенаму ізатопу. Час, на працягу якога распадаецца палавіна радыенуклідаў, называецца перыядам паўраспаду. Ён можа быць ад долей секунды да соцень тысяч і мільярдаў гадоў.

Адрозніваюць тры віды выпраменьвання, якія ўтвараюцца пры радыеактыўным распадзе: альфа-, бэта- і гама-выпраменьванне. Альфа-выпраменьванне — гэта струмень ядраў атамаў гелію, які характарызуецца высокай іянізуючай здольнасцю (значным шкодным уздзеяннем на біялагічныя тканкі) і нізкай пранікальнай здольнасцю (затрымліваецца лістом паперы). Бэта-выпраменьванне — гэта струмень хуткіх электронаў. Яго пранікальная здольнасць невысокая. Гама-выпраменьванне — гэта струмень квантаў электрамагнітнай энергіі з высокай пранікальнай здольнасцю.

Адрозніваюць прамое і ўскоснае дзеянне іянізуючага выпраменьвання на біялагічныя аб'екты. Прамое заключаецца ў непасрэдным пашкоджанні біялагічна важных структур — бялковых малекул, ДНК, клетачных мембран і інш. Ускоснае ўздзеянне іянізуючага выпраменьвання пачынаецца на ўзроўні радыёлізу вады. Пры гэтым утвараюцца

высокаактыўныя свабодныя радыкалы і інш., якія аказваюць неспрыяльнае ўздзеянне на жыццяздольнасць клеткі. Высокая радыеадчувальнасць уласціва клетачным сістэмам, якія актыўна абнаўляюцца: чырвоны касцявы мозг, лімфатычная тканка, палавыя залозы, эпітэлій тонкага кішэчніка.

Вострая прамянёвая хвароба ўзнікае пры аднаразовым, паўторным або працяглым — на працягу некалькіх гадзін або дзён — апрамяненні ўсяго цела або большай яго часткі пранікальнымі выпраменьваннямі (гама-прамяні, рэнтгенаўскія прамяні, нейтроны) у дозе, якая перавышае 1 Гр.

Вострая прамянёвая хвароба характарызуецца фазнасцю, або перыядычнасцю, клінічнага працякання.

Фаза першаснай вострай рэакцыі залежыць ад сумарнай дозы апрамянення, перападу яе ў органах і тканках апрамененага. У пачатковым перыядзе вострай прамянёвай хваробы частымі праяўленнямі з'яўляюцца млоснасць, ірвота, толькі ў цяжкіх выпадках панос. Агульная слабасць, раздражняльнасць, ліхаманка з'яўляюцца праяўленнямі апрамянення галаўнога мозга і агульнай інтаксікацыі. Важнымі прыметамі прамянёвага ўздзеяння ў гэтай фазе з'яўляюцца пачырваненне слізістых абалонак і скуры, пачашчэнне пульсу, павышэнне, а затым паніжэнне артэрыяльнага ціску, неўралагічныя сімптомы.

Фаза несапраўднага клінічнага паляпшэння (скрыты перыяд) у залежнасці ад атрыманай дозы апрамянення працягваецца ад некалькіх дзён да чатырох тыдняў. Чым вышэйшая доза апрамянення, тым карацейшы скрыты перыяд. Пры вельмі вялікіх дозах гэты перыяд можа адсутнічаць, і за фазай першаснай рэакцыі можа адразу пачынацца фаза разгару захворвання. Нягледзячы на паляпшэнне агульнага самаадчування, паталагічныя змяненні ў арганізме нарастаюць. Назіраецца паніжэнне колькасці лейкацытаў у крыві. Развіваюцца дэгенератыўныя змяненні эпітэлію кішэчніка, падаўляецца развіццё палавых клетак, прыгнятаецца сакраторная функцыя страўнікава-кішачнага тракта. Узнікаюць скурныя паражэнні, пачынаюць выпадаць валасы. Магчымы няўстойлівыя пульс і артэрыяльны ціск, патлівасць, паніжэнне апетыту, павышаная стамляльнасць.

Фаза відавочных клінічных праяўленняў (перыяд разгару захворвання) характарызуецца пагаршэннем агульнага стану, галаўным болем, слабасцю, бяссонніцай, рэзкім паніжэннем апетыту, стойкай ліхаманкай, моцным выпадзеннем валасоў. Узрастае млоснасць, з'яўляецца рвота, развіваецца панос з крывяністымі або слізістымі выдзяленнямі, што вядзе да абязводжвання арганізма і пахудзення. У выніку павышэння пранікальнасці сасудаў развіваецца гемарагічны сіндром: з'яўляюцца кровазліцці ў скуру, слізістыя абалонкі, страўнікава-кішачны тракт, галаўны мозг, сэрца, лёгкія. Часта адзначаюцца насавыя, матачыя і кішэчныя крывацёкі, язвава-некратычныя працэсы — некратычная ангіна, язвавы стаматыт. Прыгнечанне імуннай сістэмы арганізма можа прывесці да развіцця септычнага стану. У канцы гэтай фазы паніжаецца колькасць эрытрацытаў і гемаглабіну ў крыві, развіваецца анемія. Пры цяжкіх формах праяўлення прамянёвай хваробы смерць наступае ад крывацёкаў і кровазліццяў у жыццёва важныя органы, а таксама ў выніку спадарожных ускладненняў.

Фаза ранняга аднаўлення пачынаецца з нармалізацыі кроваўтварэння. Паляпшаецца самаадчуванне, з'яўляецца апетыт, аднаўляецца нармальны сон, памяншаецца гемарагічны сіндром. У хворых нарастае маса цела. З аднаўленнем функцыі касцявога мозга нармалізуецца тэмпература цела, паляпшаюцца паказчыкі крыві. Марудна нармалізуюцца функцыі нервовай сістэмы. Тэрмін рэабілітацыі залежыць ад ступені цяжкасці і праяўленняў прамянёвай хваробы і доўжыцца ад месяца да года. Іншы раз на працягу многіх наступных гадоў праяўляюцца лейкозы, пухлінныя працэсы, эндакрынныя парушэнні і аблысенне.

Першачарговым мерапрыемствам ***неадкладнай дапамогі*** з'яўляецца хуткая эвакуацыя пацярпелага з зоны павышанай радыяцыі. У абавязковым парадку выкарыстоўваюць індывідуальныя сродкі асцярогі (процівагазы, рэспіратары і інш.), якія перашкаджаюць пападанню радыенуклідаў у арганізм. На «чыстай» тэрыторыі праводзяць частковую санітарную апрацоўку і дэзактывацыю пацярпелых. Пры магчымасці выкарыстоўваюць душ, прамываюць кон'юнктывы, поласць носа, рота, глоткі, мяняюць адзенне.

Даўрачэбная дапамога накіравана на прафілактыку і купіраванне (ліквідацыю) праяўленняў першаснай прамянёвай рэакцыі, у прыватнасці рвоты. З гэтай мэтай ужываюць процірвотныя прэпараты. Пры пагрозе паніжэння артэрыяльнага ціску, сардэчна-сасудзістай недастатковасці выкарыстоўваюць сардэчныя сродкі. Прафілактыка інфекцыйных ускладненняў дасягаецца антыбактэрыяльнай тэрапіяй. Псіхаматорную ўзрушанасць, пачуццё страху здымаюць ўжываннем заспакаяльных сродкаў. Пры паступленні радыенуклідаў унутр прамываюць страўнік, ачышчаюць кішэчнік з дапамогай слабіцельных сродкаў. У мэтах папярэджання паражэння шчытападобнай залозы даюць прэпараты стабільнага ёду.

Вялікае значэнне ў комплексным лячэнні мае догляд хворых. Харчаванне павінна быць рацыянальным з улікам цяжкасці захворвання, уключаць багатыя вітамінамі і бялкамі прадукты. Перавага аддаецца цёплай напаўвадкай ежы. Пачынаючы з першага перыяду прамянёвай хваробы пацярпелых памяшчаюць у ізаляваныя боксы, ствараюць асептычны рэжым. У перыяд разгару прамянёвай хваробы догляд хворых павінен быць асабліва стаによる старанным і ўважлівым, каб папярэдзіць развіццё ўскладненняў.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое радыеактыўнасць?
2. Назавіце віды радыеактыўнага выпраменьвання.
3. Што разумеюць пад прамым і ўскосным дзеяннем выпраменьвання?
4. Раскажыце пра вострую прамянёвую хваробу, апішыце яе фазы.
5. Раскажыце пра неадкладную дапамогу пацярпелым ад уздзеяння іянізуючага выпраменьвання.

5.8. ПАНЯЦЦЕ АБ АНКАЛАГІЧНЫХ ЗАХВОРВАННЯХ

Анкалогія — вобласць медыцыны, якая вывучае прычыны, механізмы развіцця і клінічныя праяўленні пухлін, а таксама распрацоўвае метады іх дыягностыкі, прафілактыкі і лячэння. Анкалагічныя захворванні ўяўляюць сабой групу новаўтварэнняў (пухлін), у аснове якіх ляжыць залішняе разрастанне тканак у выніку скажэння нармальнага

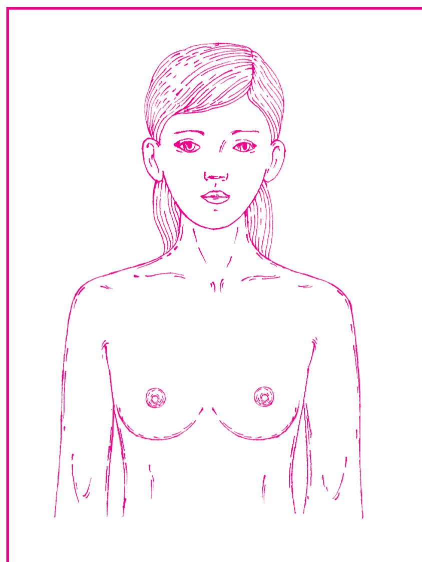
росту і размнажэння. Адрозніваюць дабраякасныя і злаякасныя новаўтварэнні. Апошнія маюць уласцівасць да распаўсюджвання (метастазавання) у іншыя органы і тканкі. Прычыны ўзнікнення анкалагічных захворванняў вельмі разнастайныя: вірусы, уздзеянне розных хімічных рэчываў, выпраменьванняў і інш. Праблема анкалагічных захворванняў мае сацыяльнае значэнне: ад іх гінуць людзі пераважна працаздольнага і сталага ўзросту. У структуры агульнай смяротнасці анкалагічныя захворванні займаюць другое месца пасля хвароб сардэчна-сасудзістай сістэмы, а па некаторых відах пухлін і першае.

Асноўныя сімптомы і прынцыпы дыягностыкі пухлін. Прыметы анкалагічных захворванняў вельмі разнастайныя. У большасці выпадкаў у пачатковых стадыях хваробы адсутнічае пакутлівы боль, няма высокай тэмпературы і іншых трывожных сімптомаў. Разам з тым амаль заўсёды назіраюцца нязначныя праяўленні захворвання, па якіх можна яго западозрыць. Існуюць малыя (раннія) прыметы хваробы, якія праяўляюцца ў змяненні самаадчування хворага: беспадстаўная агульная слабасць, паніжэнне працаздольнасці, хуткая стамляльнасць, паніжэнне апетыту, бледнасць скурных покрываў і інш. Такія прыметы, як моцны боль, рэзкае пахудзенне і значная слабасць, з’яўляюцца ўжо познімі сімптомамі хваробы.

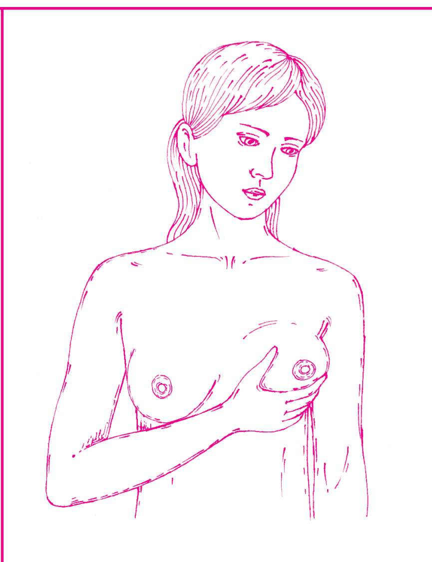
Кожная форма злаякаснай пухліны мае як уласцівыя толькі ёй праяўленні, так і сімптомы, наогул характэрныя для пухлін.

Поспех лячэння ўсіх відаў злаякасных пухлін залежыць ад своечасовай дыягностыкі і ад таго, калі пачата лячэнне. У незапушчаных стадыях хваробы лячэнне ў большасці выпадкаў эфектыўнае. Асаблівае значэнне маюць прафілактычныя агляды, якія варта праводзіць сістэматычна.

Перадпухлінныя захворванні малочнай залозы ў жанчын развіваюцца вельмі часта. Да іх адносяцца розныя формы мастапатыі і фібраадэномы. Мастапатыя найбольш часта назіраецца ў жанчын 25—40 гадоў, праяўляецца ўтва-



Рыс. 57. Агляд малочных залоз перад люстэркам

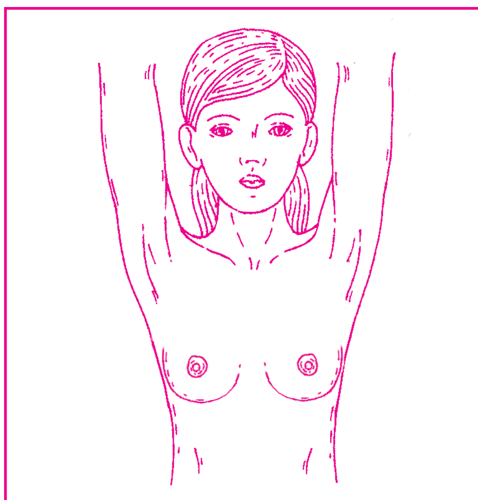


Рыс. 58. Абмацванне малочных залоз

рэннем у малочнай залозе прыпухласці featureрознай велічыні і таўшчыні, часам балючай. Сама па сабе мастапатыя не з'яўляецца небяспечнай. Аднак змяненні, якія ўзнікаюць у тканках залозы пры працяглай мастапатыі, з цягам часу выклікаюць схільнасць да развіцця пухлін. Таму лячэнне мастапатыі мае важнае значэнне ў прафілактыцы пухлін малочнай залозы.

У маладых жанчын могуць узнікаць утварэнні дабраякаснага характару — фібраадэномы. *Самадаследаванне* — адзін з найбольш простых прыёмаў агляду і абмацвання малочных залоз, які жанчына праводзіць самастойна раз на месяц у наступным парадку.

1. Агляд і абмацванне малочных залоз перад люстэркам — спачатку левай, а затым правай (рыс. 57, 58). Неабходна агледзець саскі: ці не змянілася іх форма, ці не з'явілася ўцягнутасць або «лімонная скурачка». Мякка націскаючы двума пальцамі, трэба праверыць, ці ёсць выдзяленні з саскоў, а затым, падняўшы рукі ўверх, агледзець контуры

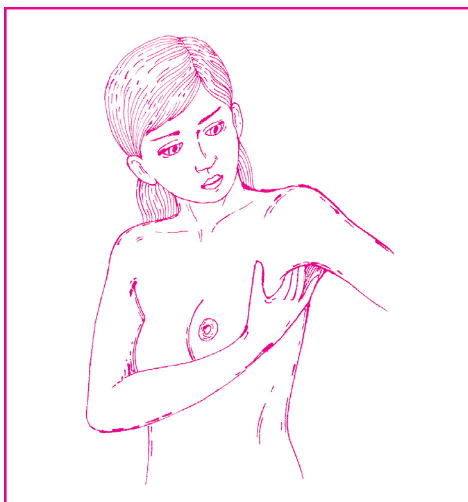


Рыс. 59. Агляд контураў малочных залоз

малочных залоз, каб выявіць іх змяненні (рыс. 59). Парушэнне сіметрыі, узнятае становішча адной малочнай залозы ў адносінах да другой сведчыць аб узнікненні якога-небудзь захворвання.

2. Абмацванне і агляд малочных залоз лежачы: так можна заўважыць утварэнні, якіх не відаць у вертыкальным становішчы. Кончыкамі сагнутых пальцаў рукі трэба абмацаць кожны ўчастак малочнай залозы (рыс. 60). Падпахавая ямка даследуецца пры крыху адведзеным плячы. Кончыкамі пальцаў абмацваюць лімфатычныя вузлы, вызначаецца іх павелічэнне (рыс. 61). Пры выяўленні любых змяненняў у малочных залозах жанчына павінна звярнуцца да доктара.

Рыс. 60. Агляд і абмацванне малочных залоз лежачы



Рыс. 61. Даследаванне падпахавай ямкі

Рак малочнай залозы займае першае месца ў структуры анкалагічных захворванняў у жанчын. Рызыка развіцця раку малочнай залозы звязана з рознымі фактарамі: спадчыннасцю, узроўнем жаночых палавых гармонаў, недастатковым харчаваннем, парушэннем менструальнага цыкла, частатой родаў, ужываннем алкаголю, іянізуючай радыяцыяй, нервовымі перажываннямі і інш.

Асноўныя сімптомы. Прыметы раку малочнай залозы вельмі разнастайныя. Метадам агляду і абмацвання ў становішчы стоячы і лежачы можна вызначыць сіметрычнасць размяшчэння і форму малочных залоз, узровень размяшчэння саскоў і стан скурных покрываў. Часам нават пры нязначных зацвярдзеннях у цэнтры малочнай залозы можна выявіць уцягненне саска, адхіленне яго ўбок, звужэнне калясасковага поля. Выдзяленні з саска таксама паказваюць на наяўнасць захворвання.

Прынцыпы лячэння. У лячэнні раку малочнай залозы выкарыстоўваецца ўвесь арсенал тэрапеўтычных уздзеянняў: хірургічны метад, прамянёвая тэрапія, хіміятэрапія, гармонатэрапія, імунатэрапія. Выбар метаду лячэння вызначаецца многімі фактарамі, галоўным з якіх з’яўляецца стадыя захворвання. Часцей за ўсё выкарыстоўваюцца камбінаваныя метады лячэння.

Рак лёгкага — найбольш частая форма злаякасных пухлін у развітых краінах свету. У Беларусі рак лёгкага займае першае месца ў структуры захворвання і смяротнасці ад злаякасных новаўтварэнняў, мужчыны хварэюць у 2 разы часцей за жанчын.

Прычынай узнікнення раку лёгкіх лічаць уздзеянне канцэрагенных рэчываў. Пашырэнне захворвання звязана з распаўсюджваннем курэння і забруджваннем паветра ў прамыслова развітых краінах. Па статыстыцы, частата развіцця раку ў курыльшчыкаў у 5—7 разоў вышэйшая, чым у тых, хто не курыць. Захворванне і смяротнасць ад раку лёгкіх у курыльшчыкаў залежыць ад пачатку курэння. Яна амаль у 6 разоў вышэйшая у асоб, якія пачалі курыць ва ўзросце да 19 гадоў; пры пачатку курэння ва ўзросце пасля 35 гадоў частата раку павялічваецца ў 3 разы. Пры выкурванні ў суткі 1—4 цыгарэт небяспека ўзнікнення раку ўзрастае ў 2 разы, а пры выкурванні 25 — у 7 разоў.

На некаторых прамысловых прадпрыемствах вялікую ролю адыгрываюць прафесійныя шкодныя фактары (пыл, хімічныя канцэрагены, уздзеянне малых доз іянізуючай радыяцыі, забруджванне паветра спалучэннямі мыш’яку, хрому, кадмію). Таксама развіццю раку спрыяюць і хранічныя захворванні лёгкіх (туберкулёз, бранхіт, пнеўманія). Існуюць і генетычныя фактары рызыкі, дэфекты ў імуннай сістэме хворага.

Асноўныя сімптомы. Клінічная карціна раку лёгкіх у пачатковай форме мае невялікую сімптаматыку або поўную адсутнасць сімптомаў. Позняя стадыя адзначаецца значнай колькасцю сімптомаў і разнастайнымі праяўленнямі захворвання.

Часцей за ўсё захворванне дыягнастуецца на позняй стадыі. Яно звычайна развіваецца паступова, і яго пачатак вызначыць цяжка. Для дыягнаставання раку лёгкіх вялікае значэнне мае даследаванне макроты, бранхіяльнага сакрэту на атыповыя клеткі. Значнае месца ў ранняй дыягностыцы раку лёгкіх займаюць розныя рэнтгеналагічныя метады даследавання хворых, а таксама бронхаскапія. Вы-

сока інфарматыўны метад камп'ютарнай тамаграфіі, які дазваляе ўстанавіць нават нязначны рост пухліннага працэсу.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Адзіным эфектыўным метадам лячэння раку лёгкіх з'яўляецца хірургічны, калі адсутнічаюць прыметы метастазаў у іншыя органы. Ва ўсіх іншых выпадках праводзіцца кансерватыўная тэрапія — прамянёвая або хіміятэрапія. Прамянёвая тэрапія можа прыпыніць рост ракавай пухліны, палегчыць стан хворага. Але гэты эфект часовы. Хіміятэрапія ўжываецца як у выпадку неаперабельнага раку лёгкага, так і пасля праведзенай аперацыі.

У неаперабельнай стадыі догляд хворага з'яўляецца галоўным у тэрапіі, ён прадугледжвае магчымае палягчэнне яго пакуты. Лячэнне ў такім разе толькі сімптаматычнае.

Хворыя ў цяжкім стане патрабуюць уважлівага і дакладнага догляду. Патрабуюцца назіранне за функцыямі ўсіх органаў, папярэджанне ўтварэння пролежняў, правядзенне сімптаматычнага лячэння. Своечасовае ўвядзенне абязбольваючых сродкаў здымае моцны боль.

Прафілактыка. З прафілактычнай мэтай варта праводзіць санітарна-гігіенічныя мерапрыемствы на прадпрыемствах, дзе ёсць шкодныя канцэрагенныя фактары.

Асаблівую накіраванасць павінна мець барацьба з курэннем, прапаганда яго шкоднага ўздзеяння на арганізм чалавека. Неабходна своечасова лячыць людзей з хранічнымі захворваннямі лёгкіх, праводзіць дыспансерныя назіранні за імі.

Вельмі важна рана выявіць рак лёгкага, правесці своечасовае хірургічнае лячэнне, каб цалкам выдаліць злаякасную пухліну.

Рак страўніка як прычына смяротнасці ў Беларусі займае другое месца сярод злаякасных пухлін чалавека. Прычыны ўзнікнення і развіцця ракавай пухліны страўніка не выяўлены. Аднак рак страўніка не ўзнікае раптоўна на здаровым органе. Росту злаякаснай пухліны папярэднічае шэраг захворванняў, якія ў большай ці меншай ступені можна назваць перадракавымі: хранічны гастрыт, паліпоз, язва страўніка.

Захворванне ракам страўніка можа быць звязана з асаблівасцю харчавання і побыту. Вялікае значэнне маюць характар ежы, спосаб яе гатавання і тэмпература. Адпаведную ролю адыгрываюць шкодныя звычкі: курэнне і ўжыванне алкаголю. Часцей за ўсё рак страўніка сустракаецца ў мужчын сярэдняга ўзросту; з гадамі верагоднасць захворвання павышаецца.

Асноўныя сімптомы. Адрозніваюць раннія і познія сімптомы раку страўніка.

Клінічная карціна раку страўніка на ранняй стадыі вельмі разнастайная. Гэта залежыць ад таго, на фоне якіх захворванняў страўніка ён узнікае. У адпаведнасці з гэтым прынята адрозніваць тры клінічныя тыпы захворвання: 1) рак, які развіўся без папярэдніх сімптомаў захворвання страўніка; 2) рак, які развіўся на фоне язвавай хваробы; 3) рак, які развіўся на фоне хранічнага гастрыту і паліпозу.

У пачатковай стадыі хваробы пры адсутнасці характэрных прымет можна пры ўважлівым апытанні пацыента вызначыць раннія сімптомы: слабасць, паніжэнне апетыту і працаздольнасці, хуткая стамляльнасць, страта пачуцця задавальнення ад прыняцця ежы, з'ява «страўнікавага дыскамфорту», беспадстаўнае пахудзенне, бледнасць скурнага покрыва, слізістых абалонак, страта цікавасці да жыцця, апатыя і інш. Апісаны комплекс сімптомаў можа з'явіцца або на фоне поўнага здароўя, або на фоне гастрыту, паліпозу, язвавай хваробы.

Выдзяляюць і познія сімптомы: хворы хутка худзее, скура ў яго становіцца сухой, страчвае эластычнасць; ежа ў страўніку застойваецца, ён расцягваецца; хворых непакояць пастаянная адрыжка і рвота.

У распазнаванні раку страўніка галоўнае значэнне маюць рэнтгеналагічнае даследаванне і гастраскапія, якая асабліва паказана ў выпадку, калі пры рэнтгеналагічным даследаванні падазрэнне на пухліну не пацвярджаецца.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Адзіным і эфектыўным метадам лячэння раку страўніка з'яўляецца аператыўнае ўмяшанне. Акрамя гэтага выкарыстоўваюцца розныя камбінацыі сучасных проціпухлінных прэпаратаў для

прыгнечання метастазаў ракавай пухліны і змянення яе памераў. Ужываюць і прамянёвую тэрапію.

Пры неаперабельным раку страўніка важную ролю адыгрывае правільнае харчаванне: прыём ежы не радзей 4 разоў на дзень невялікімі порцыямі, адмаўленне ад прадуктаў, якія цяжка засвойваюцца. Пры ўзнікненні рвоты назначаюць прэпараты, якія рэгулююць маторыку страўніка і дванаццаціперснай кішкі, пры болю — ненаркатычныя і наркатычныя абязбольваючыя рэчывы.

Вялікае значэнне ў ***прафілактыцы*** раку мае своечасовае лячэнне перадракавых захворванняў, у першую чаргу хранічных гастрытаў. Такім хворым 2 разы на год праводзяць гастраскапічнае даследаванне для выяўлення ранніх форм раку. Неабходна правільнае рэгулярнае харчаванне, адмаўленне ад курэння, ужывання алкаголю.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое анкалагічныя захворванні?
2. Назавіце прыметы анкалагічных захворванняў.
3. Раскажыце пра самадаследаванне малочных залоз.
4. Назавіце сімптомы раку малочнай залозы.
5. Раскажыце пра прычыны ўзнікненне раку лёгкіх.
6. Апішыце сімптомы раку страўніка.

Раздзел 6 ІНФЕКЦЫЙНЫЯ ХВАРОБЫ

6.1. ПАНЯЦЦЕ АБ ІНФЕКЦЫІ

Інфекцыя — укараненне і размнажэнне ў арганізме чалавека ці жывёлы хваробатворных (патагенных) мікраарганізмаў, якія выклікаюць адпаведныя біяхімічныя, імуналагічныя, марфалагічныя і іншыя змяненні ў арганізме. У залежнасці ад працякання інфекцыі бываюць бессімптомныя і клінічна выражаныя.

Адрозніваюць тры віды мікроба- і вірусаносьбіцтва: 1) асобамі, якія знаходзяцца ў інкубацыйным перыядзе хваробы; 2) тымі, хто перахварэў, у тым ліку тымі, якія папраўляюцца; 3) здаровымі людзьмі. У інкубацыйным перыядзе ў арганізме чалавека ёсць узбуджальнік, але спачатку ён можа і не быць крыніцай заражэння. Таму такія асобы небяспечны толькі ў перыяд, які непасрэдна папярэднічае захворванню. У тых, хто перахварэў, носьбіцтва можа захоўвацца і быць небяспечным для акружаючых на працягу многіх гадоў. Здаровае носьбіцтва часцей сустракаецца сярод людзей, якія былі ў кантакце з хворым, але яно не суправаджаецца клінічнымі праяўленнямі захворвання.

Інфекцыйныя хваробы па характары крыніцы і патагеннасці для розных груп арганізмаў падзяляюцца на антрапанозы, заанозы і антрапазаанозы.

Антрапанозы — інфекцыйныя захворванні, уласцівыя толькі чалавеку, які з'яўляецца біялагічным гаспадаром і крыніцай узбуджальнікаў: адзёр, коклюш, шкарлятына, вірусны гепатыт, дызентэрыя і інш.

Заанозы і *антрапазаанозы* — вялікая група інфекцыйных і інвазійных хвароб, якія могуць перадавацца чалавеку ад хворых дамашніх і дзікіх жывёл. Сярод іх найбольш небяспечныя бруцэлёз, сібірская язва, трыхінелёз, яшчур і інш. Заражэнне чалавека іх узбуджальнікамі можа адбывацца

або праз прадукты харчавання (мяса, малако), або праз поўсць, скуру пры кантакце з хворымі жывёламі. Крыніцай некаторых інфекцый могуць быць каты, сабакі, дамашнія птушкі і грызуны. Насякомыя (камары, блохі і інш.) таксама могуць быць крыніцамі і пераносчыкамі інфекцый.

Класіфікацыя інфекцыйных хвароб. У аснову класіфікацыі інфекцыйных хвароб пакладзены прынцып лакалізацыі ўзбуджальніка ў арганізме, які вызначае механізм перадачы інфекцыі. Паводле гэтага ўсе інфекцыйныя хваробы падзяляюцца на чатыры групы: 1) кішэчныя інфекцыі; 2) інфекцыі дыхальных шляхоў; 3) крывяныя інфекцыі; 4) інфекцыі скурных покрываў. Для *кішэчных інфекцый* характэрна лакалізацыя ўзбуджальніка ў кішэчніку і выдзяленне з фекаліямі ў навакольнае асяроддзе, а ў некаторых выпадках — з ірвотнымі масамі, жоўцю і мачой. Да кішэчных інфекцый адносяцца брушны тыф, дызентэрыя, вірусны гепатыт і інш. Узбуджальнікі *інфекцый дыхальных шляхоў* знаходзяцца на слізістых абалонках дыхальных шляхоў і выдзяляюцца ў навакольнае асяроддзе ў выглядзе дробных часціц пры кашлі, чыханні, гутарцы, крыку. Да інфекцый дыхальных шляхоў адносяцца грып, эпідэмічны менінгіт, а таксама некаторыя дзіцячыя інфекцыі: дыфтэрыя, адзёр, краснуха, ветраная воспа і інш. Да *крывяных інфекцый* адносяцца ўзбуджальнікі, якія пранікаюць у ток крыві чалавека і развіваюцца ў ёй. Да гэтай групы інфекцый адносяць сыпны і зваротны тыф, чуму, малярыю і інш. Пры інфекцыях *скурных покрываў* заражэнне адбываецца шляхам пападання ў арганізм ўзбуджальнікаў праз пашкоджаныя скурныя покрывы і слізістыя абалонкі. У гэтую групу ўваходзяць: сібірская язва, слупняк, шаленства, педыкулёз, кароста і інш.

Шляхі перадачы інфекцыі. Механізмы перадачы інфекцыі разнастайныя.

Паветрана-кропельны шлях — адзін з найбольш распаўсюджаных шляхоў заражэння інфекцыяй. Да захворванняў, якія перадаюцца гэтым шляхам, адносяць адзёр, грып, арнітоз, натуральную і ветраную воспу. Праз паветра магчыма распаўсюджванне ўзбуджальнікаў захворванняў, выклі-

каных пнеўмакокамі, стрэптакокамі, стафілакокамі, а таксама дыфтэрыі, коклюшу, туберкулёзу і іншых інфекцый.

Трансмісіўны шлях — перадача ўзбуджальнікаў членістаногімі: вошамі, блохамі, кляшчамі, маскітамі, камарамі і інш. Узбуджальнікі, змешчаныя ў крыві і лімфе хворага, паступаюць у арганізм членістаногіх-крывасмокаў, праходзяць пэўны цыкл развіцця і інфіцыруюць у далейшым здаровых людзей (так перадаюцца сыпны тыф, малярыя і інш.).

Фекальна-аральны шлях заражэння з'яўляецца галоўным пры перадачы некаторых інфекцый, напрыклад, дызентэрыі, брушнога тыфу, віруснага гепатыту, сальманелёзу і інш. Узбуджальнікі, якія знаходзяцца ў кішэчніку, пападаюць з выпаражненнямі ў навакольнае асяроддзе (ваду і прадукты харчавання) і з'яўляюцца вельмі небяспечнымі для чалавека.

Кантактны шлях — перадача ўзбуджальнікаў інфекцыі, якія знаходзяцца на прадметах ужытку, скуры і слізістых абалонках хворага, пры яго кантакце з успрымальным арганізмам, напрыклад, пры палавых зносінах (венерычныя захворванні, СНІД), пацалунках і да т. п.

Акрамя таго, распаўсюджванне інфекцыйных хвароб магчыма пры парушэнні правіл правядзення некаторых медыцынскіх маніпуляцый: праз кроў пры ін'екцыях, праз непрастэрылізаваныя медыцынскія прылады (СНІД, вірусны гепатыт, сіфіліс), магчыма перадача інфекцыі ад маці плоду падчас цяжарнасці.

6.1.1. Эпідэмія, пандэмія, эпідэмічны ачаг

Інфекцыям уласцівы формы распаўсюджвання. Масавае распаўсюджванне сярод насельніцтва ў пэўнай мясцовасці ачагоў інфекцыйнага захворвання вызначаецца як **эпідэмія**. **Пандэміяй** называецца эпідэмія, якая ахоплівае значную частку насельніцтва краіны, а часам і многіх краін і кантынентаў (грып, халера, чума і некаторыя іншыя інфекцыйныя хваробы). **Эпідэмічным ачагом** называюць асноўнае месца распаўсюджвання крыніцы ўзбуджальніка інфекцыі з пры-

леглай да яго тэрыторыяй, у межах якой узбуджальнік даступны для заражэння людзей, якія знаходзяцца на гэтай тэрыторыі. Ён з'яўляецца структурнай часткай эпідэмічнага працэсу і месцам правядзення асноўных проціэпідэмічных мерапрыемстваў. Эпідэмічны працэс — працэс распаўсюджвання інфекцыйнага захворвання сярод насельніцтва з фарміраваннем паслядоўна ўзнікаючых адзін за адным эпідэмічных ачагоў — узнікае толькі пры спалучэнні наяўнасці крыніцы інфекцыі, фактараў, якія забяспечваюць перадачу ўзбуджальнікаў, і ўспрымальных да дадзенай інфекцыі людзей.

Сучасная медыцына мае шэраг метадаў і сродкаў, якія дазваляюць паспяхова змагацца з інфекцыйнымі захворваннямі:

1) уздзеянне на ўзбуджальніка (антымікробныя сывараткі, гама-глабуліны, бактэрыяфагі, антыбіётыкі, віруса- і хіміяпрэпараты і інш.);

2) уздзеянне на таксіны, звязаныя з жыццядзейнасцю ўзбуджальніка (антытаксічныя сывараткі, гама-глабуліны, глюкоза, адсарбенты і інш.);

3) уздзеянне на рэактыўнасць арганізма (вакцыны, рэжым, дыета, фізіятэрапія, вітаміны, імунамадулятары і інш.).

Акрамя пералічаных уздзеянняў на ўзбуджальнікаў інфекцый існуюць метады і сродкі для барацьбы з пераносчыкамі захворванняў: дэзынфекцыя, дэзынсекцыя і дэратызацыя. *Дэзынфекцыя* — знішчэнне патагенных бактэрый, вірусаў, прасцейшых, грыбоў, таксінаў у навакольным асяроддзі з дапамогай фізічных метадаў (высокая тэмпература, ультрафіялетавае і іянізуючае выпраменьванне і інш.) і хімічных сродкаў. Праводзяць з мэтай ліквідацыі патагенных арганізмаў на заражаных аб'ектах. *Дэзынсекцыя* — метад знішчэння шкодных для чалавека насякомых, якія з'яўляюцца пераносчыкамі інфекцыйных хвароб. Адрозніваюць наступныя метады дэзынсекцыі: механічны, фізічны, хімічны, біялагічны і генетычны. *Дэратызацыя* — знішчэнне шкодных грызуноў, якія з'яўляюцца крыніцамі і пераносчыкамі інфекцыйных захворванняў. Знішчэнне грызуноў ажыццяўляецца механічнымі, хімічнымі і біялагічнымі метадамі.

6.1.2. Паняцце аб імунітэце. Вакцыны і сывараткі

Імунітэт — неўспрымальнасць арганізма да інфекцыйных і неінфекцыйных агентаў і рэчываў, якія адрозніваюцца ад яго чужароднымі ўласцівасцямі. У залежнасці ад спосабу набыцця выдзяляюць два асноўныя віды імунітэту: прыроджаны і набыты. ***Прыроджаны*** імунітэт (спадчынны, відавы, канстытуцыянальны) — эвалюцыйна выпрацаваная неўспрымальнасць, уласцівая таму або іншаму біялагічнаму віду (чалавеку, жывёле), якая перадаецца па спадчыне.

Набыты імунітэт узнікае пасля перанесенага інфекцыйнага захворвання або ўвядзення вакцын і не перадаецца па спадчыне. Набыты імунітэт строга спецыфічны і выпрацоўваецца толькі ў адносінах да пэўнага ўзбуджальніка (антыгену). Адрозніваюць два тыпы набытага імунітэту: актыўны і пасіўны. *Актыўна набыты* імунітэт узнікае ў выніку перанесенай або латэнтна працякаючай інфекцыі, а таксама пасля ўвядзення вакцын, можа захоўвацца працяглы час, а пасля перанясення некаторых захворванняў (напрыклад, адзёр) — на працягу ўсяго жыцця чалавека. *Пасіўна набыты* імунітэт узнікае пры перадачы антыцел маці плоду праз плацэнту. Дзякуючы яму плод набывае неўспрымальнасць да некаторых інфекцый. Для стварэння ўстойлівасці арганізма (набытага імунітэту) да інфекцыйных захворванняў ужываецца спецыфічная прафілактыка (імунізацыя) заразных хвароб чалавека і жывёл.

Вакцыны — прэпараты, прыгатаваныя з аслабленых хваробатворных мікраарганізмаў, а таксама з абясшкоджаных таксінаў. **Сывараткі** (імунныя) — лячэбныя прэпараты, атрыманыя з сывараткі крыві чалавека або жывёлы, імунізаваных якім-небудзь антыгенам, якія ўтрымліваюць гатовыя антыцелы. Ужываюцца ў лячэбных і прафілактычных мэтах, пры магчымым або ўжо выяўленым інфіцыраванні арганізма, калі неабходна хутка стварыць імунітэт.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое інфекцыя?
2. Раскажыце пра класіфікацыю інфекцыйных хвароб.

3. Назавіце шляхі перадачы інфекцыі і дайце ім характарыстыку.
4. Што такое эпідэмія, пандэмія, эпідэмічны ачаг?
5. Раскажыце пра імунітэт.

6.2. КІШЭЧНЫЯ ІНФЕКЦЫІ

Брушны тыф — вострае інфекцыйнае захворванне, абумоўленае прысутнасцю ў крыві бактэрый тыфу, характарызуецца ліхаманкай, цыклічным працяканнем, павелічэннем печані, селязёнкі, паражэннем кішэчніка, скурнымі высыпаннямі.

Узбуджальнікам брушнога тыфу з’яўляецца брушнатыфозная бактэрыя. Пры брушным тыфе крыніцай інфекцыі з’яўляецца хворы чалавек, а таксама тыя, хто папраўляецца, і бактэрыяносьбіты. Асобную эпідэміялагічную небяспеку ствараюць носьбіты, якія працуюць у сістэме харчавання, водазабеспячэння і харчовай прамысловасці, якія з’яўляюцца рэзервуарам узбуджальнікаў для навакольнага асяроддзя.

Шляхі перадачы захворвання. Для брушнога тыфу характэрны фекальна-аральны шлях перадачы. Інфіцыраванне прадуктаў харчавання і вады адбываецца праз рукі, забруджаныя ўзбуджальнікам, прадметы ўжытку, насякомых. Акрамя таго, узбуджальнік брушнога тыфу можа пранікаць у арганізм чалавека з прадуктамі харчавання: малаком, мясам, рыбай, хлебабулачнымі вырабамі і інш.

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд працягваецца ў сярэднім 14 дзён. Пачынаецца захворванне звычайна паступова, тэмпература павышаецца ступеньчата на працягу 4—6 дзён і 2—3 тыдні ўтрымліваецца на досыць высокім узроўні, а затым паступова, па меры папраўлення хворага, паніжаецца да нормы. У пачатку захворвання чалавека непакоіць галаўны боль, язык яго абкладзены, жывот уздуты, пульс запаволены. У канцы першага або другога тыдня з’яўляюцца высыпанні на скуры. Хвароба пашкоджвае тонкі кішэчнік. Каб прадухіліць захворванне здаровых людзей,

хворых брушным тыфам у абавязковым парадку неабходна ізаляваць і шпіталізаваць для лячэння.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Хворым назначаюць дыетычны рэжым, антыбіётыкі, пры таксікозе — дэзынтаксікацыйныя прэпараты, сардэчныя сродкі і інш. Праводзіцца дэзынфекцыя памяшканняў, дзе знаходзіўся хворы, прадметаў ужытку, бялізны, а таксама эпідэміялагічнае абследаванне для выяўлення крыніцы інфекцыі. Узмацняюць назіранне за аб'ектамі харчавання і водазабеспячэння. У эпідэмічным ачагу насельніцтву робяць прышчэпкі.

У вострым перыядзе хвораму назначаецца строгі пасцельны рэжым і спакой. Падчас паніжэння тэмпературы цела неабходна ўважліва сачыць за станам хворага, яго выглядам, вымяраць артэрыяльны ціск, пульс, сачыць за функцыяй органаў страўнікава-кішэчнага тракта. Уважлівае назіранне дазволіць у перыяд язваўтварэння ў кішэчніку рана выявіць магчымае ўскладненне. Выдзяленні хворага падлягаюць абавязковаму абеззаражванню.

У ***прафілактыцы*** брушнога тыфу вялікае значэнне мае правядзенне комплексных санітарна-эпідэміялагічных мерапрыемстваў: забеспячэнне насельніцтва дабраякаснай вадой, строгае выкананне санітарнага рэжыму на прадпрыемствах харчавання і харчовай прамысловасці; папярэджанне заражэння ежы на канчатковым этапе яе рэалізацыі і інш. Для некаторых груп насельніцтва праводзіцца актыўная імунізацыя.

Дызентэрыя — вострае інфекцыйнае захворванне, якое суправаджаецца паражэннем слізістай абалонкі тоўстага кішэчніка, схваткападобным болем у жываце, частым вадкім стулам з прымессю слізі і крыві, агульнай інтаксікацыяй.

Захворванне выклікаецца некалькімі відамі дызентэрыйнай палачкі. Дызентэрыяй хварэе толькі чалавек. Крыніцамі заражэння з'яўляюцца хворыя з вострай і хранічнай дызентэрыяй і бактэрыяносьбіты. Асабліва небяспечнымі ў распаўсюджванні захворвання з'яўляюцца нялечаныя хворыя са сцёртай формай хваробы.

Шляхі перадачы захворвання: кантактна-бытавы, харчовы і водны. Бытавы шлях распаўсюджвання інфекцыі часцей за ўсё з'яўляецца вынікам нізкай санітарнай культуры. Заражэнне адбываецца праз забруджаныя рукі. У далейшым дызентэрыйныя мікробы пападаюць на цацкі, дзвярныя ручкі, бялізну, посуд. Вялікая роля ў перадачы інфекцыі належыць харчовым прадуктам без тэрмічнай апрацоўкі. Распаўсюджванне дызентэрыі адбываецца і водным шляхам пры пападанні бактэрый у водазаборныя крыніцы. Спрыяюць распаўсюджванню захворвання таксама мухі, якія маюць кантакт з прадуктамі харчавання і фекаліямі хворых.

Асноўныя сімптомы. Хвароба часта развіваецца востра. З'яўляецца слабасць, недамаганне, нязначнае павышэнне тэмпературы цела, адзначаецца схваткападобны боль у жываце. Стул вадкі 3—5 разоў на суткі з прымессю крыві, але магчыма і часцей. Пры цяжкім працяканні дызентэрыі ўзнікаюць частыя балючыя пазывы, якія не суправаджаюцца дэфекацыяй. Для дзяцей ранняга ўзросту (да трох гадоў) характэрна высокая частата захворвання вострай дызентэрыяй. Хвароба ў іх амаль заўсёды суправаджаецца рвотай і частым вадкім стулам, якія прыводзяць да парушэння водна-солевага абмену. Стул у дзяцей пры дызентэрыі вадкі, зеленаваты, з прымессю крыві або гною.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Лячэнне хворых дызентэрыяй павінна быць, па магчымасці, ранні́м, індывідуальным і комплексным. Хворым назначаецца дыетычнае харчаванне з выключэннем прадуктаў, якія раздражняюць кішэчнік. Прыём ежы дробны, у невялікай колькасці.

Акрамя таго, назначаюцца антыбіётыкі і іншыя антыбактэрыяльныя сродкі, прэпараты, якія аднаўляюць мікрафлору кішэчніка і паляпшаюць ператраўліваючую функцыю страўніка. Догляд хворых строга індывідуальны і залежыць ад ступені цяжкасці захворвання. Дзецям пасля дэфекацыі належыць падмываць анальную адтуліну, змазваць скуру дзіцячым крэмам. Падкладныя судны і гаршкі апрацоўваюцца дэзынфіцыруючымі растворамі, выпаражненні засыпаюцца хлоркай.

Важнае значэнне ў ***прафілактыцы*** захворвання мае выяўленне і лячэнне бактэрыяносьбітаў і хворых з вострай і хранічнымі формамі дызентэрыі, і разрыў шляхоў перадачы інфекцыі, кантроль за тымі, хто паправіўся. Выкананне санітарна-гігіенічнага рэжыму на харчовых прадпрыемствах і ў сферы водазабеспячэння, у школьных і дзіцячых установах з'яўляецца асноўнай умовай папярэджання захворвання дызентэрыяй. Вялікую ролю ў барацьбе з дызентэрыяй адыгрывае санітарная асвета насельніцтва, выкананне правіл асабістай гігіены.

Вірусны і сываратачны гепатыты. Вірусны гепатыт — віруснае інфекцыйнае захворванне, якое характарызуецца паражэннем печані, жаўтушнасцю скурных покрываў, слабасцю, змяненнем колеру мачы і іншымі прыметамі. Адрозніваюць вірусны гепатыт А (інфекцыйны) і вірусны гепатыт В (сываратачны).

Вірусны гепатыт А. Асноўнай крыніцай віруснага гепатыту А з'яўляецца чалавек, асабліва пры безжаўтушных і сцёртых формах захворвання. Вірус выяўляецца ў крыві хворых, фекаліях і клетках арганізма. Вірус хутка разбураецца пад уздзеяннем высокай тэмпературы (на працягу 5 мін), ультрафіялетавых прамянёў, адносна ўстойлівы да сродкаў дэзынфекцыі.

Асноўным ***шляхам перадачы захворвання*** з'яўляецца фекальна-аральны (праз ваду і ежу). Магчыма і парэнтэральнае заражэнне пры наяўнасці ў арганізме вірусу. Назіраецца і паветрана-кропельнае распаўсюджванне вірусу. Асабліва небяспечнымі з'яўляюцца хворыя ў канцы інкубацыйнага і пераджаўтушнага перыяду, калі з фекаліямі выдзяляецца найбольшая колькасць вірусу.

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд віруснага гепатыту доўжыцца 15—45 дзён. За гэты час пашкоджваюцца клеткі печані. Сімптомы захворвання развіваюцца вельмі хутка: павышаецца тэмпература цела, з'яўляюцца дрыжыкі, слабасць, галаўны боль, скурны сверб. Затым паніжаецца апетыт, з'яўляюцца боль у правым падрабрынні, млоснасць, ірвота, узнікае жаўтуха, якая суправаджаецца вы-

дзяленнем цёмнай мачы; печань і селязёнка павялічваюцца. Магчымы і безжаўтушныя формы захворвання.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Хворыя вірусным гепатытам А павінны быць шпіталяваны, бо патрабуецца пастаяннае назіранне доктара для папярэджання сур'ёзных ускладненняў. У аснове лячэння ляжыць ужыванне сродкаў, якія абараняюць клеткі печані ад вірусу, і сімптаматычных сродкаў. У жаўтушным перыядзе неабходна выконваць пасцельны і дыетычны рэжым, увядзенне вітаміну С і групы В, прыём да двух літраў вадкасці. Пры высокім узроўні білірубіну ў крыві паказана ўвядзенне дэзынтаксікацыйных раствораў, гарманальных прэпаратаў і інш.

Догляд хворых вірусным гепатытам А заключаецца ў строгім выкананні хворым і персаналам лячэбнай установы правіл асабістай гігіены, выкарыстанні аднаразовых прадметаў ужытку, назіранні за функцыяй скуры і органаў стрававання.

Прафілактыка віруснага гепатыту А заключаецца ў паўсядзённым выкананні правіл асабістай гігіены, актыўным выяўленні ўсіх форм хваробы, павышэнні неўспрымальнасці насельніцтва да ўзбуджальніка, ужыванні медыцынскіх прылад аднаразовага карыстання.

Вірусны гепатыт В. Узбуджальнік гепатыту В перадаецца пераважна пры пераліванні крыві і яе прэпаратаў, пры выкарыстанні інфіцыраваных медыцынскіх інструментаў, хірургічных маніпуляцыях, карыстанні агульнымі бытавымі прыладамі. Акрамя таго, існуе высокая верагоднасць перадачы вірусу праз плацэнту, інфіцыравання каляплоднымі водамі пры родах.

Шляхі перадачы захворвання. Вірусны гепатыт В з'яўляецца антрапанознай інфекцыяй: асноўнай крыніцай інфекцыі з'яўляецца хворы чалавек або вірусаносьбіт. Шлях перадачы віруснага гепатыту В у асноўным парэнтэральны. Наяўнасць вірусу ў выдзяленнях чалавека прадугледжвае і энтэральны шлях заражэння.

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд віруснага гепатыту В складае 30—180 дзён. Пераджаўтушны перыяд доўжыцца ад некалькіх дзён да двух-трох тыдняў.

Для яго характэрна паніжэнне апетыту, млоснасць, парушэнне стулу, пачуццё цяжару ў правым падрабрынні. У некаторых хворых магчымы боль у суставах, парушэнне сну, мышачная слабасць, высыпанні на скуры. Жаўтушны перыяд нарастае павольна, дасягаючы максімуму праз 2—3 тыдні, узмацняюцца сімптомы інтаксікацыі.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Спецыфічнае лячэнне віруснага гепатыту В адсутнічае, як і гепатыту А. Пры лёгкай форме захворвання рэкамендуецца дыета з выключэннем рэзкіх прыпраў, тлустых і смажаных страў, уключэнне ў рацыён дастатковай колькасці вадкасці (да двух-трох літраў у суткі). Пры высокай інтаксікацыі паказана ўнутрывеннае ўвядзенне раствораў глюкозы, вітамінаў С і групы В і іншых сродкаў.

У аснове ***прафілактыкі*** віруснага гепатыту В ляжаць мерапрыемствы па выяўленні крыніцы заражэння, яго кантактаў і шляхоў перадачы. Асобы, якія перанеслі гепатыт, падвяргаюцца дыспансернаму назіранню на працягу года, а тыя, хто знаходзіўся ў кантакце з хворымі, — на працягу месяца. Хранічныя носьбіты вірусу гепатыту В павінны знаходзіцца на строгім уліку, іх амбулаторная карта пазначаецца адпаведнай маркіроўкай. Для папярэджання перадачы хваробы парэнтэральным шляхам да донарства не дапускаюцца асобы, якія перанеслі гепатыт, незалежна ад тэрміну даўнасці, якія хварэюць гепатытам, алкаголікі і наркаманы. Забараняецца выкарыстанне інструментаў без адпаведнай стэрылізацыі. Найбольш простым і зручным з'яўляецца выкарыстанне аднаразовых інструментаў, шпрыцоў, іголак, сістэм для пералівання крыві, піпетак.

Пытанні для паўтарэння

1. Дайце характарыстыку (шляхі перадачы, прынцыпы лячэння, прафілактыка):
   а) брушному тыфу;
   б) дызентэрыі;
   в) вірусным і сываратачнаму гепатыту.

6.3. ПАВЕТРАНА-КРОПЕЛЬНЫЯ ІНФЕКЦЫІ

Вострыя рэспіраторныя захворванні — гэта група інфекцыйных захворванняў, выкліканых рэспіраторнымі вірусамі, якія паражаюць пераважна верхнія дыхальныя шляхі і значна менш распаўсюджваюцца на ніжнія дыхальныя шляхі.

Грып — распаўсюджанае вострае віруснае захворванне, якое характарызуецца выражанай агульнай інтаксікацыяй і паражэннем верхніх дыхальных шляхоў.

Шляхі перадачы захворвання. Крыніцай інфекцыі з'яўляецца хворы чалавек. Асноўны шлях перадачы — паветрана-кропельны. Вірус выдзяляецца пры кашлі, чыханні, гутарцы. Асабліва небяспечнымі з'яўляюцца хворыя са сцёртымі і бессімптомнымі формамі грыпу ў першыя дні захворвання. Захворванне грыпам распаўсюджваецца на ўсе ўзроставыя групы насельніцтва. Распаўсюджванню захворвання садзейнічаюць неспрыяльныя ўмовы працы і адпачынку, цесната, дрэнныя жыллёвыя ўмовы, г. зн. усё, што прыводзіць да цеснага кантакту хворых і здаровых людзей. Другая група фактараў звязана з авітамінозам, пераахаладжэннем, паніжэннем імунітэту, уздзеяннем неспрыяльных фактараў навакольнага асяроддзя, адсутнасцю спецыфічнага імунітэту да віруса грыпу. Трэцяя група фактараў абумоўлена асаблівасцямі ўзбуджальніка, яго зменлівасцю, кароткім інкубацыйным перыядам, лёгкасцю перадачы віруса і працягласцю стварэння імунітэту.

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд доўжыцца ад некалькіх гадзін да двух-трох сутак. Захворванне можа пачынацца з павышэння тэмпературы цела, дрыжыкаў, ламаты ў мышцах і суставах, галаўнога болю з тыповай лакалізацыяй у вобласці лба, вочных яблыкаў. У першыя суткі хворыя скардзяцца на заложанасць носа, сухасць і царапанне ў насаглотцы. Пасля з'яўляюцца насмарк, чыханне, сухі кашаль. У некаторых хворых назіраецца другая хваля павышэння тэмпературы, што звязана з далучэннем другаснай інфекцыі. Пры цяжкай форме грыпу на першы план выступаюць сімптомы, звязаныя з агульнай інтаксікацыяй арганізма.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Пры лячэнні любой формы грыпу рэкамендуецца пасцельны рэжым да нармалізацыі тэмпературы і знікнення сімптомаў хваробы. На ранніх этапах захворвання найбольш эфектыўны процівірусныя прэпараты, гарачкапаніжальныя сродкі. Рэкамендуецца ўводзіць у насавыя хады антывірусныя мазі. Хворым назначаецца паўнацэнная дыета, багатае цёплае пітво з дабаўленнем дамашніх патагонных сродкаў (маліна, ліпавы цвет). Карысна і вітамінатэрапія.

Для спецыфічнай ***прафілактыкі*** грыпу выкарыстоўваюцца вакцыны. Акрамя таго, неабходна правесці ізаляцыю крыніцы хваробы ад здаровых людзей, абмежаваць кантакты сярод насельніцтва. Ізаляцыя хворых грыпам у дамашніх умовах з'яўляецца важным мерапрыемствам у памяншэнні захворвання насельніцтва (абмяжоўваюцца зносіны членаў сям'і з хворым, яму выдаюцца асобны посуд, ручнік). Штодзённа праводзіцца вільготная ўборка, праветрываецца пакой. У школах і дзіцячых установах ажыццяўляюцца карантынныя мерапрыемствы: дадаткова праветрываюць памяшканні, выконваецца вільготная ўборка з дэзынфіцыруючымі сродкамі, па магчымасці арганізуецца ўльтрафіялетавае апраменьванне. Персанал працуе ў марлевых масках.

Ангіна — вострае інфекцыйнае захворванне, выкліканае пераважна стрэптакокамі, пры якім запаленчыя змяненні больш выражаны ў паднябенных міндалінах. Крыніцай захворвання з'яўляецца хворы чалавек, які выдзяляе ў навакольнае асяроддзе вялікую колькасць стрэптакокаў.

Шляхі перадачы захворвання. Асноўны шлях перадачы інфекцыі — паветрана-кропельны. У шэрагу выпадкаў мікробы, якія знаходзяцца ў глотцы і звычайна не выклікаюць захворвання, актывізуюцца пад уздзеяннем неспрыяльных для чалавека ўмоў (пераахаладжэнне, рэзкія ваганні тэмпературы паветра).

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд пры стрэптакокавай ангіне доўжыцца 1—2 сутак. Пачатак захворвання востры: павышаецца тэмпература цела да 38—40 °C, з'яўляюцца боль у горле пры глытанні, галаўны боль, ламата

ў суставах і паясніцы, адзначаецца агульная слабасць, магчыма павелічэнне пярэднешыйных лімфатычных вузлоў.

Пры першых прыметах ангіны неабходна звярнуцца да доктара, бо ангіна — сур'ёзнае захворванне, яна можа даваць ускладненні мясцовыя (нарыў у горле) і агульныя (рэўматызм, запаленне нырак і інш.). Ангіна можа быць адным з сімптомаў такіх захворванняў, як дыфтэрыя, шкарлятына і інш.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Асноўнае значэнне ў лячэнні розных форм ангіны мае ўжыванне антыбактэрыяльных сродкаў, якія ўздзейнічаюць на розныя мікробы, у тым ліку стрэптакокавай інфекцыі. Акрамя названага лячэння хворым неабходна ўводзіць дадатковую колькасць вадкасці ў выглядзе пітва (2—3 л), вітаміны; пры высокай тэмпературы — гарачкапаніжальныя сродкі. Мясцовае лячэнне заключаецца ў паласканні зеву настоямі рамонку, шалфею і іншымі растворамі. Для апрацоўкі зеву выкарыстоўваюць таксама аэразолі з дэзынфіцыруючымі і антысептычнымі сродкамі.

Хворага ангінай неабходна ізаляваць, выдзяліць асобныя прадметы ўжытку. У памяшканні праводзіцца вільготная ўборка з дэзынфіцыруючымі рэчывамі. Пры захворваннях ангінай у дзіцячых калектывах праводзіцца дэзынфекцыя памяшканняў, посуд кіпяціцца, носьбіты інфекцыі ізалююцца. Крытэрыямі папраўлення пры ангіне з'яўляюцца: поўнае знікненне запалення міндалін, устойлівая нармалізацыя тэмпературы цела, адсутнасць змяненняў з боку ўнутраных органаў.

Важная роля ў ***прафілактыцы*** ангіны належыць павышэнню ўстойлівасці арганізма (паўнацэннае харчаванне, загартоўванне, вітамінізацыя) у перыяд магчымага ўзнікнення хваробы.

Пытанні для паўтарэння

1. Дайце характарыстыку (шляхі перадачы захворвання, асноўныя сімптомы, прынцыпы лячэння):
   а) вострым рэспіраторным захворванням;
   б) грыпу;
   в) ангіне.

6.4. ДЗІЦЯЧЫЯ ІНФЕКЦЫІ

Дзіцячыя інфекцыі — група інфекцыйных захворванняў, якія сустракаюцца ў дзяцей дашкольнага ўзросту. Найбольш часта сустракаюцца адзёр, ветраная воспа, шкарлятына, краснуха.

Адзёр — вострае інфекцыйнае захворванне, якое характарызуецца павышэннем тэмпературы, інтаксікацыяй, катаральнымі з'явамі з боку верхніх дыхальных шляхоў (кашаль, насмарк, ахрыпласць голасу), запаленнем слізістых абалонак вачэй, поласці рота і з'яўленнем на скуры сыпу ў выглядзе буйных чырвоных плям.

Шляхі перадачы захворвання. Крыніцай захворвання з'яўляецца хворы чалавек; шлях перадачы адзёру — паветрана-кропельны. Уваходнымі варотамі для вірусаў з'яўляецца слізістая абалонка верхніх дыхальных шляхоў і, магчыма, кан'юнктывы вока, дзе і адбываецца першапачатковае іх размнажэнне. Вірус адзёру па-за арганізмам хутка гіне. Перадача яго праз трэцюю асобу і прадметы бывае рэдка. Аднойчы перанесенае захворванне дае імунітэт звычайна на ўсё жыццё; паўторныя захворванні адзёрам рэдкія. Захворванне адзёрам назіраецца круглы год. Найчасцей хварэюць дзеці ва ўзросце 1—5 гадоў. Дзеці да трох месяцаў, як правіла, не хварэюць, што тлумачыцца наяўнасцю ў іх імунітэту, атрыманага ад маці.

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд працягваецца каля 10 дзён. Спачатку ў хворага павышаецца тэмпература, з'яўляюцца галаўны боль, насмарк, кашаль, парушэнні сну, апетыту і інш. За 1—2 дні да з'яўлення скурнага сыпу на слізістай абалонцы мяккага і цвёрдага нёба можна выявіць чырванаватыя плямы няправільнай формы. На 4—5-ы дзень хваробы плямісты сып пакрывае скуру твару, тулава, канечнасцей.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Пры з'яўленні першых прымет захворвання неабходна неадкладна выклікаць доктара. Хворае дзіця ізалююць ад іншых дзяцей. Хворы заразны з першых дзён захворвання, яшчэ да з'яўлення сыпу, і ўвесь час высыпання; праз пяць дзён з моманту з'яўлення сыпу хворы ўжо не з'яўляецца небяспечным для здаровых.

У лячэнні адзёру вялікае значэнне маюць агульныя меры гігіены, дыета, догляд. Хворага належыць памясціць у памяшканне, якое добра праветрываецца, пастаянна забяспечваць прыток свежага паветра. Неабходны догляд скуры, поласці рота і вачэй.

Прафілактыка. Вялікае значэнне мае ранняя дыягностыка захворвання. Як толькі пастаўлены дыягназ адзёру, бацькі неадкладна павінны паведаміць аб захворванні дзіцяці ў дзіцячую ўстанову. Высокаэфектыўны прышчэпкі супраць адзёру (трымавакс), якія праводзяцца дзецям, якія не маюць проціпаказанняў.

Ветраная воспа — вострае інфекцыйнае захворванне, якое суправаджаецца павышэннем тэмпературы цела і сыпам на скуры і слізістых абалонках. Найчасцей хвараюць дзеці ва ўзросце да 10 гадоў.

Шляхі перадачы захворвання. Заражэнне адбываецца паветрана-кропельным шляхам у выніку прамога і, радзей, непрамога (з токам паветра) кантакту з хворым дзіцём. Дзеці, якія захварэлі, асабліва заразныя ў першыя 5 дзён хваробы. Праз трэціх людзей і праз рэчы хворага ветраная воспа звычайна не перадаецца, бо па-за чалавечым арганізмам вірус хутка гіне. Пасля перанясення ветранай воспы неўспрымальнасць да яе застаецца на ўсё жыццё (таму ветранай воспай рэдка хварэюць дарослыя).

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд доўжыцца 14—21 дзень. Захворванне пачынаецца востра, павышаецца тэмпература цела, неўзабаве з’яўляецца сып — дробныя ружовыя плямы на скуры ўсяго цела. На месцы гэтых плям з’яўляюцца пузыры з празрыстым змесцівам, акружаныя мяккім чырвоным абадком. Пузыры праз 2—3 дні падсыхаюць і ператвараюцца ў скурачкі, якія адпадаюць праз 15—20 дзён, не пакідаючы слядоў. Кожны новы прыступ высыпання суправаджаецца павышэннем тэмпературы і пагаршэннем агульнага стану дзіцяці: парушаецца сон, паніжаецца апетыт, хворы становіцца раздражняльным, капрызным. У канцы перыяду высыпання тэмпература цела падае да нормы.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Лячэнне ветранай воспы, якая праходзіць без ускладненняў, заключаецца ў гігіенічным доглядзе хворага, папярэджанні другаснай інфекцыі. Пры свербу скуры трэба прадухіляць яе расчэсванне, сачыць за чысцінёй рук хворага, пазногці трэба коратка стрыгчы. Рэкамендуюцца ванны са слабым растворам перманганату калію. Элементы сыпу змазваюцца 1—2 %-ным растворам перманганату калію, 1 %-м спіртавым растворам брыльянтавага зялёнага, выкарыстоўваюцца процізапаленчыя падсушваючыя мазі. Поласць рота трэба прапаласківаць дэзынфіцыруючымі растворамі. Пры развіцці гнойных ускладненняў ужываюцца антыбіётыкі.

Прафілактыка інфекцыі ў дзіцячым калектыве заключаецца ў ізаляцыі хворага ветраной воспай у дамашніх умовах. Ізаляцыя спыняецца праз пяць дзён з моманту апошняга высыпання. З-за няўстойлівасці ўзбуджальніка дэзынфекцыя не праводзіцца. У дзіцячых установах праводзяцца карантынныя мерапрыемствы.

Шкарлятына — вострая інфекцыйная хвароба, якая характарызуецца ліхаманкавым станам, агульнай інтаксікацыяй, ангінай, дробным сыпам.

Шляхі перадачы захворвання. Крыніцай інфекцыі пры шкарлятыне з’яўляецца хворы або бактэрыяносьбіт. Асноўны шлях перадачы шкарлятыны — паветрана-кропельны. Выдзяленне ўзбуджальніка з арганізма хворага або бацыланосьбіта адбываецца галоўным чынам з сакрэтам слізістых абалонак зеву і насаглоткі пры кашлі, чыханні, гутарцы. Заражэнне магчыма таксама праз інфіцыраваныя рэчы (цацкі, посуд і інш.), а таксама праз трэціх асоб, праз заражаныя ўзбуджальнікам малако і малочныя прадукты (марожанае, крэм і інш.). Уваходнымі варотамі для ўзбуджальніка шкарлятыны з’яўляецца слізістая зеву і глоткі.

Хворы заразны на працягу ўсяго перыяду хваробы. Тыя, хто перанеслі шкарлятыну, набываюць імунітэт, выпадкі паўторнага захворвання рэдкія.

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд доўжыцца ў сярэднім 2—7 дзён. Захворванне пачынаецца востра, ха-

рактарызуецца хуткім пад'ёмам тэмпературы, недамаганнем, галаўным болем і болем у горле пры глытанні. Ангіна — пастаянны і тыповы спадарожнік шкарлятыны. Падсківічныя лімфатычныя вузлы прыпухаюць і становяцца балючымі. Язык спачатку абложаны, з 2—3-га дня пачынае чысціцца з кончыка і на 4-ы дзень становіцца ярка-чырвоным, з выпуклымі сасочкамі («малінавы язык»). На 1—2-я суткі хваробы на скуры з'яўляецца ярка-ружовы або чырвоны дробны сып, які суправаджаецца свербам. Ён асабліва значны ў ніжняй частцы жывата, пахвіннай вобласці, на ягадзіцах, унутранай паверхні канечнасцей. У канцы 1-га і пачатку 2-га тыдня скура пачынае лупіцца. Ускладненні захворвання частыя і разнастайныя, асабліва пры цяжкіх формах шкарлятыны.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Пры першых прыметах хваробы дзіцяці трэба забяспечыць пасцельны рэжым і выклікаць доктара. Рана распачатае лячэнне палягчае працяканне захворвання і паніжае магчымасць ускладненняў. Лячэнне шкарлятыны заснавана на ўжыванні антыбіётыкаў, агульнаўмацавальных і дэзынтаксікацыйных сродкаў і інш.

У якой бы форме ні працякала шкарлятына, дзіцяці неабходны пасцельны рэжым. Пры балючым глытанні ў першыя дні пажадана даваць раслінна-малочную ежу з частатой 5—6 разоў. Паказаны розныя сокі. Памяшканне, дзе ляжыць хворае дзіця, трэба дасканала праветрываць, двойчы на дзень праводзіць вільготную ўборку з дэзынфіцыруючымі растворамі. Дзеці павінны рэгулярна паласкаць рот растворам харчовай соды або фурацыліну.

Прафілактыка інфекцыі ў дзіцячым калектыве заключаецца ў тым, што незалежна ад цяжкасці працякання шкарлятыны хворы падлягае ізаляцыі. У дамашніх умовах хворага памяшчаюць у асобны пакой або за шырму, выдзяляюць асобны посуд, цацкі, пасцельныя прылады і ручнік.

Краснуха — вострае інфекцыйнае захворванне, якое характарызуецца нязначнымі катаральнымі з'явамі (насмарк, кашаль) і невялікім павышэннем тэмпературы, з'яўленнем сыпу.

Шляхі перадачы захворвання. Узбуджальнік, які знаходзіцца ў макроце, сліне і слізі хворага пры кашлі, чыханні, гутарцы, пападае ў паветра і затым пранікае ў дыхальныя шляхі здаровага чалавека (паветрана-кропельны шлях перадачы інфекцыі). Найбольш успрымальнымі з'яўляюцца дзеці 3—9 гадоў.

Хворыя краснухай заразныя ў перыяд за 2 дні перад з'яўленнем сыпу і да яго знікнення. Перанесеная краснуха пакідае пасля сябе ўстойлівы імунітэт.

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд доўжыцца 14—21 дзень. Пачатковы перыяд хваробы праяўляецца слабавыражаным насмаркам, кашлем, лёгкім недамаганнем і часта застаецца незаўважаным. Характэрны таксама прыпуханне і лёгкая балючасць завушных, патылічных і заднешыйных лімфатычных вузлоў. Адначасова з гэтымі сімптомамі на твары і целе з'яўляецца сып у выглядзе дробных плям бледна-ружовага колеру. Ён хутка знікае, не пакідаючы слядоў. Павышаная тэмпература трымаецца 1—3 сутак. Нярэдка на працягу ўсёй хваробы самаадчуванне дзіцяці не парушаецца. Краснуха можа працякаць амаль бессімптомна. Ускладненняў, як правіла, не бывае.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Спецыфічнага лячэння краснухі не існуе. Пры неабходнасці прымяняецца сімптаматычная тэрапія. Лячэнне праводзяць дома, дзіцяці паказаны спакой, лёгказасваяльная ежа.

Прафілактыка інфекцыі заключаецца ў своечасовай вакцынацыі і ізаляцыі хворых з дзіцячых калектываў.

Пытанні для паўтарэння

1. Што такое дзіцячыя інфекцыі?
2. Дайце характарыстыку (шляхі перадачы, асноўныя сімптомы, лячэнне і прафілактыка):
   а) адзёру;
   б) шкарлятыне;
   в) ветраной воспе;
   г) краснусе.

6.5. ТУБЕРКУЛЁЗ

Туберкулёз — хранічнае інфекцыйнае захворванне, якое характарызуецца ўтварэннем у розных органах, часцей у лёгкіх, спецыфічных запаленчых змяненняў.

Узбуджальнік туберкулёзу — мікабактэрыя туберкулёзу (бацыла Коха). Галоўнай крыніцай туберкулёзнай інфекцыі з'яўляецца хворы актыўнай формай туберкулёзу. Мікабактэрыі туберкулёзу выдзяляюцца з макротай, потам, слінай і матчыным малаком. Асноўным рэзервуарам мікабактэрый туберкулёзу з'яўляецца макрота хворых з адкрытай формай захворвання.

Шляхі перадачы захворвання. Шляхоў заражэння туберкулёзам некалькі, але часцей мікабактэрыі пападаюць у лёгкія праз дыхальныя шляхі. Асабліва небяспечныя ўнутрысямейныя і ўнутрykватэрныя кантакты з хворымі туберкулёзам. Захворванне развіваецца толькі пры пападанні ў арганізм досыць актыўнага ўзбуджальніка або пры паніжаным імунітэце арганізма. Важнае значэнне маюць дрэнныя сацыяльна-бытавыя ўмовы, якія прыводзяць да доўгага кантакту з узбуджальнікам. Да групы рызыкі адносяцца хворыя цукровым дыябетам, алкагалізмам, адзінокія пажылыя людзі, бамжы (людзі без вызначанага месца жыхарства), мігрыруючае насельніцтва і інш.

Асноўныя сімптомы. У залежнасці ад формы туберкулёзу, распаўсюджанасці, фазы назіраюцца самыя разнастайныя сімптомы.

Ліхаманка — найбольш часты сімптом туберкулёзу. Патлівасць па начах — адзін з ранніх сімптомаў захворвання. Кашаль — пастаянная прымета. Ён можа быць сухім або суправаджацца выдзяленнем макроты; кароткачасовым і частым. Макрота бывае рознага характару: ад слізістай да гнойнай. Кровахарканне — невялікая прымесь крыві ў макроце; з'яўляецца вынікам разбурэння сценак крывяносных сасудаў. Лёгачны крывацёк — вынік пашкоджання туберкулёзам буйнога сасуда. Задышка абумоўлена памяншэннем дыхальнай паверхні лёгкіх.

Адрозніваюць наступныя клінічныя формы туберкулёзу: 1) туберкулёзная інтаксікацыя ў дзяцей і падлеткаў; 2) туберкулёз органаў дыхання; 3) туберкулёз іншых органаў і сістэм. Туберкулёз лёгкіх існуе ў адкрытай форме — з выдзяленнем у навакольнае асяроддзе мікабактэрый, і ў закрытай форме — без выдзялення ўзбуджальніка.

Дыягностыка туберкулёзу засноўваецца на рэнтгеналагічным і бактэрыялагічным даследаванні. Па іх выніках можна вызначыць форму захворвання, знайсці туберкулёзныя ачагі. Для ранняй дыягностыкі туберкулёзу лёгкіх выкарыстоўваюцца пробы з туберкулінам.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Лячэнне хворых туберкулёзам павінна быць комплексным, уключаць спецыфічную і неспецыфічную тэрапію, а таксама хірургічнае ўмяшанне. Да спецыфічнага лячэння адносіцца назначэнне антыбактэрыяльных прэпаратаў, якія ўжываюцца да папраўлення хворага. Неспецыфічнае лячэнне ўключае гігіенічны рэжым, узмоцненае харчаванне, ужыванне стымулюючай і сімптаматычнай тэрапіі. Шырока выкарыстоўваецца санаторна-курортнае лячэнне.

Хворы туберкулёзам патрабуе асаблівай увагі. Неабходна растлумачваць хвораму і яго сваякам, што туберкулёз вылечваецца і многае залежыць ад самаго хворага, ад выканання ім рэжыму, своечасовага прыёму лекаў, адмаўлення ад курэння і ўжывання алкаголю. Важнае значэнне ў доглядзе хворых туберкулёзам мае своечасовае абеззаражванне яго біялагічных выдзяленняў, прадметаў паўсядзённага ўжытку, вільготная ўборка памяшканняў з дапамогай дэзынфіцыруючых сродкаў.

Прафілактыка. Адрозніваюць сацыяльную, санітарную і спецыфічную прафілактыку захворвання. Сацыяльная прафілактыка накіравана на стварэнне аптымальных умоў жыцця і працы. Санітарная прафілактыка ўключае аздараўленне ачагоў туберкулёзнай інфекцыі, асвету насельніцтва, ранняе выяўленне і лячэнне хворых, папярэджанне распаўсюджвання захворвання. Спецыфічная прафілактыка ўключае вакцынацыю, рэвакцынацыю і хіміяпрафілактыку. Вакцынацыю праводзяць усім нованароджаным, рэвакцы-

нацыя робіцца дзецям ва ўзросце 7 гадоў, а наступныя — праз 5—7 гадоў. Хіміяпрафілактыка рэкамендуецца дзецям, падлеткам, якія былі ў кантакце з хворымі, і для папярэджання рэцыдыву захворвання.

Пытанні для паўтарэння

1. Якія асноўныя прычыны захворвання туберкулёзам?
2. Пералічыце групы рызыкі захворвання туберкулёзам лёгкіх.
3. Назавіце асноўныя сімптомы туберкулёзу лёгкіх.
4. Пералічыце віды прафілактыкі туберкулёзу.

6.6. ПАРАЖЭННІ СКУРНЫХ ПОКРЫВАЎ

Педыкулёз — хвароба, якая выклікаецца вошамі. Вошы — крывасосныя насякомыя, паразіты чалавека і жывёл. На скуры чалавека могуць паразітаваць галаўная, адзежная і лабковая вошы.

Галаўныя вошы часцей паразітуюць на скронях, патыліцы і адтуль могуць распаўсюджвацца на іншыя часткі галавы. У каранёў валасоў самка штодня адкладае па 4 яйкі (гніды), з якіх праз 10—13 дзён з'яўляюцца лічынкі, якія праз 14 дзён становяцца палаваспелымі. Вашывасць тулава выклікаецца *адзежнымі вошамі*. Яны селяцца ў складках бялізны, якая датыкаецца да цела чалавека, і пераходзяць на скуру, каб смактаць кроў. *Лабковыя вошы* паразітуюць у асноўным на валасістых участках лабка, машонкі і на бліжэйшых участках бёдраў, ніжняй частцы жывата.

Шляхі перадачы захворвання. Распаўсюджванне педыкулёзу часцей за ўсё звязана з нездавальняючымі санітарна-гігіенічнымі ўмовамі, нізкім культурным і матэрыяльным узроўнем жыцця насельніцтва. Сацыяльныя і прыродныя бедствы людзей, іх скучанасць могуць быць прычынамі распаўсюджвання педыкулёзу. Лабковы педыкулёз перадаецца пры палавым кантакце, радзей праз пасцельную бялізну.

Асноўныя сімптомы. Праяўленні педыкулёзу звязаны з укусамі паразітаў і выдзяленнем сліны ў месцы паражэння, у выніку чаго ўзнікае моцны сверб. Пры вашывасці

валасістай часткі галавы моцны сверб можа прывесці да расчосаў і з'яўлення гнайнічковых паражэнняў скуры.

Лячэнне педыкулёзу заключаецца ва ўжыванні процiпаразітных сродкаў, якія выпускаюцца ў выглядзе шампуняў і аэразоляў.

Прафілактыка заснавана на павышэнні санітарнай культуры насельніцтва, выяўленні і хуткай ліквідацыі кожнага выпадку педыкулёзу, выканання асабістай і грамадскай гігіены.

Кароста — заразная хвароба скуры, выкліканая каростовым кляшчом. Кароставы клешч з'яўляецца ўнутрыскурным паразітам чалавека. На скуры ён амаль непрыметны, з дапамогай лупы выяўляецца яго падабенства з чарапашкай. У знешнім асяроддзі клешч жыццяздольны 5—15 сутак. Захворванне выклікаюць аплодненыя самкі, якія прасвідроўваюць у рагавым слоі скуры спачатку вертыкальны, затым гарызантальны хады, у якіх адкладваюць яйкі. Праз 4 тыдні з іх з'яўляецца новае пакаленне кляшчоў.

Шляхі перадачы захворвання. Чалавек заражаецца каростай часцей за ўсё ў выніку прамога кантакту з хворым, а таксама праз вопратку, бялізну, мэблю і інш. Інкубацыйны перыяд захворвання залежыць ад колькасці кляшчоў, якія трапілі на скуру, месца пашкоджання, пары года і працягваецца ад некалькіх дзён да 4 тыдняў і больш.

Асноўныя сімптомы. Моцны сверб — першая і асноўная прымета захворвання, асабліва ўвечар і ўначы. Узнікненне свербу ў гэты час звязана з рухам кляшча і выдзяленнем ім сакрэту. З-за моцнага свербу ў хворых могуць узнікаць парушэнні сну і функцыянальныя расстройствы нервовай сістэмы. Па меры руху самкі ў рагавым слоі скуры ўтвараецца кароставы ход у выглядзе тонкай (менш за 0,5 мм у шырыню) шэрай або белай лініі, якая нагадвае паверхневую драпіну. Даўжыня ходу каля 3—10 мм, часам большая. На канцы кароставага ходу можна ўбачыць запалёны ружова-чырвоны вузел. Найбольш часта кароставыя хады лакалізуюцца ў міжпальцавых складках кісці, на бакавых паверхнях пальцаў, унутранай паверхні перадплечча

і пляча, на жываце ніжэй пупка, унутранай вобласці бядра, ягадзіцах, малочных залозах у жанчын.

Дыягностыка каросты заснавана на выяўленні каростага кляшча мікраскапічным метадам, а таксама па клінічных прыметах. Для пацверджання дыягназу праводзіцца пільны агляд членаў сям'і, асоб, якія пражываюць з хворым у адным памяшканні.

Лячэнне каросты праводзіцца пад кантролем урача сродкамі, якія знішчаюць кляшча. У працэсе лячэння трэба строга прадухіляць кантакты з хворым. Хворы павінен карыстацца асабістым ручнікам, спаць у асобнай пасцелі. У памяшканні, дзе знаходзіўся хворы, праводзяць дасканалую вільготную ўборку з ужываннем дэзынфіцыруючых сродкаў.

Прафілактыка каросты звязана галоўным чынам з актыўным выяўленнем хворых, уважлівым аглядам урачом-дэрматолагам усіх асоб, якія мелі кантакт з хворым. Пры выяўленні каросты ў школах і дзіцячых установах і ў персаналу, які абслугоўвае гэтыя калектывы, паўторна праводзіцца абследаванне. Адзенне і бялізну апрацоўваюць у дэзынфекцыйнай камеры або прасуюць. З мэтай дэзынсекцыі абутак, цацкі і іншыя невялікія рэчы на 5 дзён закрываюць у поліэтыленавыя мяшкі, у якіх кляшчы гінуць.

Мікраспарыя — заразнае захворванне скуры, якое выклікаецца грыбамі роду мікраспорум, якія пашкоджваюць гладкую скуру і валасістую частку галавы.

Адрозніваюць два асноўныя віды ўзбуджальнікаў гэтага захворвання: якія паразітуюць толькі на скуры чалавека; якія паразітуюць на скуры і жывёл, і чалавека.

Шляхі перадачы захворвання. Крыніцамі ўзбуджальнікаў з'яўляюцца хворыя каты і сабакі, прычым відавочныя прыметы захворвання ў іх могуць адсутнічаць. Мікраспарыяй хварэюць пераважна дзеці. Захворванне перадаецца пры непасрэдным кантакце з хворым чалавекам ці жывёлай або праз інфіцыраваныя грыбкамі прадметы, рэчы і інш.

Асноўныя сімптомы. На скуры пры мікраспарыі з'яўляюцца круглыя або авальныя чырвоныя плямы з яркім

запаленчым абадком і лушчэннем у цэнтральнай частцы. Пашкоджаныя грыбком валасы абломваюцца і набываюць белавата-шэрую афарбоўку.

Для дыягностыкі мікраспарыі, акрамя клінічнай сімптаматыкі, вялікае значэнне маюць вынікі эпідэміялагічнага аналізу, а таксама мікраскапічнага і люмінісцэнтнага даследавання паталагічнага матэрыялу.

Лячэнне мікраспарыі ажыццяўляецца доктарам-дэрматолагам. Прымяняюцца процігрыбковыя прэпараты, агульнаўмацавальныя сродкі і інш.

Прафілактыка мікраспарыі заключаецца ў абследаванні дамашніх жывёл, ізаляцыі хворых, паўторных аглядах у дзіцячых калектывах усіх асоб, якія былі ў кантакце з хворымі, а таксама членаў іх сямей кожныя 5 дзён на працягу 5—6 тыдняў. Таксама праводзіцца адлоў бяздомных катоў, сабак і іх абследаванне.

Пытанні для паўтарэння

1. Дайце характарыстыку (шляхі перадачы, асноўныя сімптомы, лячэнне і прафілактыка):
   а) педыкулёзу;
   б) каросце;
   в) мікраспарыі.

6.7. КРЫВЯНЫЯ ІНФЕКЦЫІ

Крывяныя інфекцыі — гэта група інфекцый, узбуджальнікі якіх пранікаюць у ток крыві чалавека і развіваюцца ў ёй пры ўкусе кровасасучых пераносчыкаў (блох, кляшчоў, камароў, маскітаў і інш.).

Сыпны тыф — вострае інфекцыйнае захворванне, якое характарызуецца цыклічным працяканнем з ліхаманкай, сімптомамі вострай інтаксікацыі арганізма і спецыфічным сыпам.

Хварэюць сыпным тыфам толькі людзі.

Шляхі перадачы захворвання. Крыніцай інфекцыі з’яўляецца хворы чалавек, а пераносчыкам — вош (часцей

адзежная). Заражэнне чалавека наступае не ў выніку ўкусу вошы, а з-за ўцірання фекальных мас вошы разам з узбуджальнікамі ў паверхневыя ранкі скуры ад укусу пры расчосах. Інкубацыйны перыяд доўжыцца ў сярэднім 12—14 дзён.

Асноўныя сімптомы. Хвароба звычайна пачынаецца востра: з'яўляюцца недамаганне, пачуццё разбітасці, галаўны боль, смага, паніжаецца апетыт, тэмпература павышаецца да 39—40 °C. Пазней на скурных покрывах з'яўляецца характэрны дробны сып. Таксіны ўзбуджальніка прыгнятаюць цэнтральную нервовую сістэму. У перыяд высыпання ўзмацняецца галаўны боль, з'яўляюцца трызненне, галюцынацыі, парушэнні свядомасці. Пры сыпным тыфе магчымы сур'ёзныя ўскладненні: парушэнні псіхікі, трамбозы, кішэчныя крывацёкі, інфаркты міякарда, абсцэсы, нефрыты, атыты, пнеўманіі.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Лячэнне хворых ажыццяўляецца ў стацыянары з ужываннем антыбіётыкаў, дыетычнага харчавання. Хворым паказаны пасцельны рэжым.

Прафілактыка. Галоўная роля ў барацьбе з сыпным тыфам належыць прафілактыцы педыкулёзу, якая дасягаецца санітарнай апрацоўкай людзей.

Клешчавы энцэфаліт — вострая нейравірусная інфекцыя, якая характарызуецца паражэннем шэрага рэчыва галаўнога і спіннога мозга з наступным узнікненнем розных парушэнняў рухальнай функцыі чалавека. Крыніца інфекцыі — іксодавыя кляшчы, у арганізме якіх вірус паразітуе пажыццёва і перадаецца патомству.

Шляхі перадачы захворвання. Характэрна вясенне-летняя сезоннасць захворвання, што абумоўлена біялогіяй кляшчоў. Кляшчы перадаюць інфекцыю падчас смактання крыві, а таксама пры іх раздаўліванні і выдаленні з цела. Дадатковым рэзервуарам інфекцыі могуць быць розныя грызуны (зайцы, палявыя мышы і інш.), птушкі (дрозд, шчыгол, берасцянка і інш.). Асаблівую ролю ў распаўсюдж-

ванні адыгрываюць козы, радзей каровы, заражэнне якіх адбываецца праз кляшчоў. Вірус пранікае ў малако, і пры яго ўжыванні ў сырым выглядзе магчыма інфіцыраванне. Такім чынам, клешчавы энцэфаліт мае два шляхі перадачы — асноўны праз кляшчоў і дадатковы — праз малако.

Асноўныя сімптомы. Інкубацыйны перыяд доўжыцца ў сярэднім 7—14 дзён. Захворванне, як правіла, пачынаецца востра з прыметамі агульнай інтаксікацыі. Характэрны павышэнне тэмпературы цела да 39—40 °C, дрыжыкі, рэзкі галаўны боль і слабасць, млоснасць, ірвота, парушэнне сну. Адзначаюцца пачырваненне скуры твару, шыі, верхняй часткі тулава, слізістых абалонак зева, страта прытомнасці, сутаргі, парушэнне перыферычнай адчувальнасці і рэфлексаў і інш. Да астатачных з'яў адносяцца вялыя паралічы, атрафія мышцаў, паніжэнне інтэлекту, часам эпілепсія.

Прынцыпы лячэння і догляд хворых. Лячэнне клешчавага энцэфаліту залежыць ад формы і цяжкасці захворвання, прадугледжвае ўвядзенне дэтаксікацыйных раствораў, вітамінаў, процісутаргавых сродкаў, гарачкапаніжальных прэпаратаў, проціэнцэфалітнага гама-глабуліну, антыбіётыкаў па паказаннях і інш. Агульны догляд хворых таксама звязаны з цяжкасцю працякання хваробы. Пры ўкараненні іксодавага кляшча ў скурныя покрывы чалавека неабходна звярнуцца ў лячэбную ўстанову для выцягвання паразіта і далейшага лячэння.

Для ***прафілактыкі*** клешчавага энцэфаліту людзям, якія працуюць у месцах магчымага заражэння, робяць прафілактычныя прышчэпкі. Тыя, хто працуе ў зоне нападзення кляшчоў, павінны насіць спецыяльную ахоўную вопратку, праводзіць кожныя 2 гадзіны прафілактычныя агляды цела і вопраткі на прадмет наяўнасці кляшчоў.

Пытанні для паўтарэння

1. Дайце характарыстыку сыпному тыфу.
2. Што такое клешчавы энцэфаліт?

6.8. ГЕЛЬМІНТОЗЫ

Гельмінтозы — група захворванняў, якія выклікаюцца чарвякамі (гельмінтамі, ці глістамі), якія паразітуюць у арганізме чалавека. Распаўсюджванне гельмінтаў звязана з сацыяльна-бытавымі, санітарнымі фактарамі (спосаб жыцця людзей, выкананне правіл асабістай гігіены і інш.). Найбольш частымі гельмінтозамі (асабліва ў дзяцей) з'яўляюцца аскарыдоз, трыхацэфалёз, энтэрабіёз.

Аскарыдоз — захворванне, выклікане круглымі чарвякамі (аскарыдамі), якія паразітуюць у тонкім кішэчніку чалавека.

Аскарыды — буйныя раздзельнаполыя чарвякі. Самка-аскарыда кожныя суткі выдзяляе ў поласць кішэчніка каля 200 000 яец, якія з выпаражненнямі выводзяцца з арганізма і на працягу двух тыдняў спеюць у знешнім асяроддзі. З забруджанай ежай яйцы аскарыд пападаюць у кішэчнік. Там з іх выходзяць лічынкі, якія пранікаюць у кроў і разносяцца па ўсім арганізме. Пасля паўторнага заглынання ў кішэчнік з іх развіваецца сталая аскарыда. Цыкл развіцця паразіта доўжыцца каля 3 месяцаў, сталыя аскарыды могуць знаходзіцца ў арганізме да 1 года.

Шляхі перадачы захворвання. Крыніцай аскарыдозу з'яўляецца хворы чалавек. Яйцы аскарыд заносяцца ў рот бруднымі рукамі, з дрэнна прамытай агароднінай, зелянінай, садавінай.

Асноўныя сімптомы. У працяканні аскарыдозу адрозніваюць дзве фазы: раннюю да пападання лічынак у кішэчнік і познюю — кішэчную. У ранняй фазе ў хворых часам адзначаецца недамаганне, кашаль, павышэнне тэмпературы, крапіўніца. У позняй фазе хворыя скардзяцца на млоснасць, слабасць, боль у жываце схваткападобнага характару. З'яўляюцца прыкрыя адчуванні пад лыжачкай, слінацячэнне, паніжэнне апетыту, галавакружэнне, галаўны боль. Пры множнай інвазіі дзеці ў сне скрыгочуць зубамі; у іх можа быць малакроўе і рассеянасць, паніжаная пасьпяховасць.

Лячэнне аскарыдозу праводзяць процігельмінтнымі прэпаратамі, прапісанымі доктарам.

Для *прафілактыкі* аскарыдозу важна выконваць правілы асабістай гігіены, дасканала мыць і абліваць кіпенем агародніну і садавіну перад ужываннем у ежу ў сырым выглядзе. Важна як мага раней прывіваць дзецям гігіенічныя навыкі (карыстацца гаршком, мыць рукі, не браць пальцы ў рот, не грызці пазногці і інш.).

Трыхацэфалёз — захворванне, выклікане круглымі чарвякамі (воласагаловамі), якія паразітуюць у кішэчніку чалавека.

Яйцы паразіта выходзяць разам з фекаліямі ў знешняе асяроддзе, дзе адбываецца іх выспяванне. Колькасць паразітаў у кішэчніку можа быць ад аднаго да некалькіх соцень і нават тысяч. Працягласць паразітавання можа дасягаць 5 гадоў.

Шляхі перадачы захворвання. Адзіная крыніца заражэння — хворы чалавек, які забруджвае глебу яйкамі воласагалова. Заражэнне адбываецца пры ўжыванні непамытай агародніны і ягад, а таксама вады з забруджаных вадаёмаў.

Асноўныя сімптомы. Трыхацэфалёз праяўляецца болем у жываце, расстройствам стула, пагаршэннем апетыту, часам развіваецца ўмераная анемія. Нярэдка хворыя скардзяцца на дрэнны сон, галаўны боль, слабасць, паніжэнне працаздольнасці і інш.

Лячэнне захворвання праводзіцца па назначэнні доктара процігельмінтнымі прэпаратамі. Падчас лячэння прапісваюць дыету, выключаюцца вострыя і салёныя стравы.

Прафілактыка. Захворванне ўзнікае там, дзе ёсць месцы, забруджаныя выпаражненнямі чалавека. З мэтай прафілактыкі варта аберагаць глебу і крыніцы вады ад забруджвання фекаліямі; строга выконваць правілы асабістай і харчовай гігіены; планава абследаваць дзяцей у дзіцячых установах.

Энтэрабіёз — паразітаванне ў тонкім і тоўстым кішэчніку чалавека вастрыц.

Шляхі перадачы захворвання. Самкі паразіта адкладваюць у скурных складках анальнай адтуліны (часцей у вячэрні і начны час) яйцы (каля 12 тыс.), з якіх фарміруюцца лічынкі.

Выхад паразіта суправаджаецца моцным свербам. Пры расчэсванні скуры яйцы вастрыц пападаюць на рукі, харчовыя прадукты, цацкі, прадметы ўжытку, слізістыя абалонкі поласці рота і носа, а затым і ў кішэчнік, дзе жыццё паразіта працягваецца 3—4 тыдні. Такім чынам адбываецца і пастаяннае самазаражэнне.

Асноўныя сімптомы. Найбольш часты сімптом энтэрабіёзу — сверб у вобласці задняга праходу. Расчосы, магчымае далучэнне гнойнай інфекцыі, раздражняльнае ўздзеянне яйкаў вастрыц прыводзяць да запаленчых працэсаў вакол анальнай адтуліны. Пакутлівы сверб парушае сон, садзейнічае ўзмацненню галаўнога болю, галавакружэння, стамляльнасці, паніжэнню апетыту; у дзяцей назіраецца безуважлівасць, начное нетрыманне мачы і скрыгат зубамі.

Лячэнне пры раннім выяўленні захворвання абмяжоўваецца ўжываннем процігельмінтных прэпаратаў і выгнаннем паразітаў, пасля чаго наступае поўнае выздараўленне. Неабходна абследаванне ўсёй сям'і хворага і пры наяўнасці інвазіі — лячэнне. Для прадухілення самазаражэння хворы павінен насіць шчыльна аблягаючыя трусы або плаўкі, дасканала выконваць правілы асабістай гігіены. Ніжнюю бялізну штодзённа прасуюць.

Прафілактыка энтэрабіёзу заключаецца галоўным чынам у выкананні правіл асабістай гігіены, раннім выяўленні захворвання і яго лячэнні. Неабходна даследаванне змываў рук, інвентару дзіцячых дашкольных устаноў на наяўнасць яец гельмінтаў. Хворы павінен спаць на асобным ложку, коратка стрыгчы пазногці, старанна раніцай мыць рукі з мылам і шчоткай.

Пытанні для паўтарэння

1. Дайце характарыстыку (шляхі перадачы, асноўныя сімптомы, прынцыпы лячэння і прафілактыка):
   а) аскарыдозу;
   б) трыхацэфалёзу;
   в) энтэрабіёзу.

КАРОТКІ ТЛУМАЧАЛЬНЫ СЛОЎНІК МЕДЫЦЫНСКІХ ТЭРМІНАЎ

Аборт — перарыванне цяжарнасці ў першыя 28 тыдняў, калі плод яшчэ нежыццяздольны.

Абсцэс — поласць, запоўненая гноем і адмежаваная ад прылеглых тканак і органаў абалонкай.

Авітаміноз — разнавіднасць вітамiннай недастатковасці, якая характарызуецца практычна поўнай адсутнасцю паступлення вітаміну ў арганізм.

Агонія — тэрмінальны стан, папярэдні наступленню смерці, які характарызуецца глыбокім парушэннем функцый галаўнога мозга.

Адаптацыя — працэс прыстасавання арганізма да зменных умоў існавання.

Адрэналін — гармон мазгавога рэчыва наднырачнікаў, актывізуе структуры мозга, сэрца, выклікае звужэнне сасудаў.

Адсорбцыя — паглынанне канцэнтраваных газаў або растворaных рэчываў на паверхні цвёрдага цела або вадкасці.

Актываваны вугаль — спецыяльна апрацаваны дрэўны вугаль, здольны адсарбаваць на сваёй паверхні значную колькасць газаў і шкодных рэчываў.

Алергічная рэакцыя — агульная назва клінічных праяўленняў павышанай адчувальнасці арганізма да алергену.

Алкагалізм — сістэматычнае празмернае ўжыванне спіртных напояў у дозах, якія выклікаюць алкагольнае ап'яненне.

Анальгезуючыя сродкі — лекавыя прэпараты, якія выбарачна паслабляюць або ліквідуюць боль (дыклафенак натрыю, кетарол і інш.).

Анамнез — сукупнасць звестак, атрымліваемых пры медыцынскім абследаванні шляхам апытання самага хворага або яго дасведчаных асоб.

Анатомія — навука, якая вывучае форму і будову цела чалавека і жывёл.

Ангіна — вострае інфекцыйнае захворванне, выкліканае мікраарганізмамі, якое пашкоджвае міндаліны глоткі, лімфоідную тканку глоткі.

Анемія — стан, які характарызуецца паніжэннем утрымання гемаглабіну ў адзінцы аб'ёму крыві, часцей пры адначасовым памяншэнні колькасці эрытрацытаў.

Антыбіётыкі — рэчывы, якія прадуцыруюцца мікраарганізмамі, раслінамі, тканкамі жывёл і здольны падаўляць рост і размнажэнне мікробаў.

Антыдот — лекавы сродак, які абеззаражвае яд шляхам хімічнага або фізіка-хімічнага ўздзеяння.

Антысептычная павязка — павязка, якая ўтрымлівае лекавыя сродкі, ужываецца ў лячэбных мэтах.

Антысептычныя сродкі — процімікробныя лекавыя прэпараты.

Апёк — пашкоджанне тканак, якое ўзнікла ад мясцовага цеплавога, хімічнага, электрычнага і радыяцыйнага ўздзеяння.

Апраменьванне — уздзеянне на арганізм іянізуючага выпраменьвання.

Артэрыя — крывяносны сасуд, па якім кроў рухаецца ад сэрца да органаў і частак цела.

Асептыка — метад папярэджання інфекцыйных ускладненняў ран шляхам выключэння магчымасці пападання мікробаў.

Астма — агульная назва вострых прыступаў удушша рознага паходжання (бранхіяльная астма, сардэчная астма і інш.).

Астэнія — стан, які характарызуецца павышанай стамляльнасцю, частай зменай настрою, слабасцю, слязлівасцю, вегетатыўнымі парушэннямі і расстройствам сну.

Асфіксія (траўматычная) — паталагічны стан, які ўзнікае пры сцісканні груднай клеткі, жывата або ўсяго цела (напрыклад, грунтам пры абвале, колам аўтамабіля) і характарызуецца множнымі кровазліццямі ў частках цела, размешчаных вышэй месца сціскання.

Атэрасклероз — хранічнае захворванне, якое характарызуецца рэзкім звужэннем або поўным закрыццём прасвету артэрый.

Бінт — агульная назва медыцынскіх вырабаў стужкавай або трубчастай формы, прызначаных для накладання і замацавання павязак.

Брадыкардыя — паніжаная частата сардэчных скарачэнняў.

Брушына — эпітэліяльная абалонка, якая пакрывае некаторыя органы брушной поласці.

Вена — крывяносны сасуд, які нясе кроў з органаў і тканак да сэрца.

Вентыляцыя лёгкіх штучная — метад падтрымання газаабмену ў арганізме перыядычным перамяшчэннем паветра ў лёгкія і назад у навакольнае асяроддзе.

Вірус — пазаклетачныя формы жыцця, якія валодаюць ДНК і РНК і здольныя да размнажэння ў клетках больш высокаарганізаваных істот.

Вітаміны — незаменныя фактары харчавання, якія прысутнічаюць у ежы і ўдзельнічаюць у рэгуляцыі біяхімічных і фізіялагічных працэсаў.

Гаймарыт — запаленне слізістай абалонкі верхнесківічнай пазухі.

Гангрэна — від некрозу, пры якім змярцвелыя тканкі высыхаюць або разбураюцца.

Гемаглабін — дыхальны пігмент, які ўтрымліваецца ў эрытрацытах чалавека і жывёл і ажыццяўляе перанос кіслароду з лёгкіх у тканкі.

Гемадынаміка — сукупнасць працэсаў руху крыві ў сардэчнасасудзістай сістэме.

Гемадыяліз — метад вывядзення розных шкодных рэчываў з крыві з дапамогай спецыяльных апаратаў (штучная нырка).

Гемасорбцыя — метад вывядзення таксінаў крыві шляхам правядзення яе праз спецыяльныя сарбенты.

Гематома — абмежаваная наяўнасць крыві ў тканках з утварэннем у іх поласці, якая ўтрымлівае вадкую або згуслую кроў.

Гематаракс — наяўнасць крыві ў плеўральнай поласці.

Гематурыя — наяўнасць у мачы крыві або эрытрацытаў.

Гепатыт — запаленне печані.

Гігіена — навука, якая вывучае ўплыў навакольнага асяроддзя на здароўе чалавека, распрацоўвае мерапрыемствы па аздараўленні населеных месцаў, умоў жыцця і дзейнасці людзей.

Гіпавітаміноз — разнавіднасць вітаміннай недастатковасці, якая развіваецца ў выніку недастатковага паступлення вітаміну ў арганізм.

Гіпаглікемія — паніжанае ўтрыманне цукру ў крыві.

Гіпаксемія — паніжанае ўтрыманне кіслароду ў крыві.

Гіпаксія — стан, які ўзнікае пры недастатковым забеспячэнні арганізма кіслародам.

Гіперглікемія — павышанае ўтрыманне цукру ў крыві.

Гіперэмія — павялічанае крованапаўненне якога-небудзь участку перыферычнай сістэмы.

Дэгазацыя — абясшкоджванне і выдаленне атрутных рэчываў з паверхні аб’екта з мэтай прадухілення паражэння людзей.

Дэгельмінтызацыя — комплекс лячэбна-прафілактычных мерапрыемстваў, накіраваных на выдаленне гельмінтаў у людзей і жывёл.

Дэзактывацыя — выдаленне радыеактыўных рэчываў з паверхні заражаных аб'ектаў, якое праводзіцца з мэтай прадухілення радыяцыйных паражэнняў.

Дезынфіцыруючыя сродкі — сродкі, якія ўжываюцца для знішчэння ўзбуджальнікаў інфекцыйных хвароб у навакольным асяроддзі.

Дэкампенсацыя — недастатковасць або зрыў механізмаў аднаўлення функцыянальных парушэнняў і структурных дэфектаў арганізма.

Дысбактэрыёз — змяненне суадносін нармальнай і атыповай мікрафлоры ў арганізме чалавека.

Дыстанія сасудзістая — паталагічнае змяненне тонусу крывяносных сасудаў, якое праяўляецца парушэннямі рэгіянальнага крывацёку або агульнага кровазвароту.

Дыхальная недастатковасць — стан арганізма, абумоўлены паталагічнымі працэсамі ў лёгкіх і дыхальных шляхах.

Дыябет — агульная назва групы хвароб, якія характарызуюцца залішнім выдзяленнем з арганізма мачы (дыябет цукровы і інш.).

Дыягназ — медыцынскае заключэнне аб стане здароўя хворага.

Дыяліз перытаніяльны — метад ачышчэння арганізма шляхам увядзення (прамывання) у брушную поласць дыялізуючай вадкасці.

Дэпрэсія — стан з падаўленым або тужлівым настроем і паніжэннем псіхічнай актыўнасці, які спалучаецца з рухальнымі расстройствамі і рознымі саматычнымі парушэннямі (страта апетыту, пахудзенне і інш.).

Дэсенсібілізуючыя сродкі — лекавыя прэпараты, якія папераджаюць або паслабляюць алергічныя рэакцыі.

Дэструкцыя — разбурэнне тканкавых, клетачных і субклетачных структур органаў.

Дэфекацыя — складана-рэфлекторны акт вывядзення калавых мас з кішэчніка праз задні праход.

Дэфармацыя сустава — змена формы сустава, выкліканая змяненнем касцей пры вывіху.

Жаўтуха — афарбаванне ў жоўты колер слізістых абалонак, склер, абумоўленае адкладаннем у іх жоўцевых пігментаў.

Залоза — орган, які прадуцыруе фізіялагічна актыўныя рэчывы (гармоны) або іншыя злучэнні, неабходныя для нармальнага функцыянавання арганізма.

Запаленне — ахоўна-прыстасавальная рэакцыя арганізма на дзеянне раздражняльніка, якая праяўляецца на месцы пашкоджання тканак або органа змяненнем мясцовага кровазвароту, сасудзістай пранікальнасці, ацёкам.

Запор — запаволенае, абцяжаранае або сістэматычна недастатковае апаражненне кішэчніка.

Заражэнне — пранікненне ўзбуджальніка інфекцыйнай хваробы ў арганізм чалавека або жывёлы, якое прыводзіць да развіцця інфекцыйнага працэсу.

Захворванне — факт узнікнення хваробы ў асобнага чалавека.

Імабілізацыя — стварэнне поўнай нерухомасці або паменшанай рухомасці адной або некалькіх частак цела пры пашкоджаннях і некаторых захворваннях.

Імунатэрапія — метад лячэння, заснаваны на ўздзеянні на сістэму імунітэту: аднаўленні, рэгуляванні, часовым замяшчэнні або прыгнечанні яе функцый.

Інсулін — гармон, які ўтвараецца ў бэта-клетках падстраўнікавай залозы, рэгулюе ўтылізацыю глюкозы ў крыві. Інсулін выкарыстоўваецца ў якасці лекавых сродкаў.

Інтаксікацыя — паталагічны стан, выкліканы агульным дзеяннем на арганізм таксічных рэчываў унутранага або знешняга паходжання.

Інфекцыя — біялагічная з'ява, сутнасцю якой з'яўляецца ўкараненне і размнажэнне ў арганізме патагенных мікраарганізмаў з наступным развіццём паталагічнага працэсу.

Ішэмія — памяншэнне кровазабеспячэння ўчастку цела, органа або тканкі ў выніку паслаблення або спынення прытоку артэрыяльнай крыві.

Калапс — вострая сасудзістая недастатковасць, якая характарызуецца рэзкім паніжэннем артэрыяльнага і вянознага ціску, прыметамі гіпаксіі галаўнога мозга і прыгнечаннем жыццёва важных функцый галаўнога мозга.

Кардыясклероз — залішняе развіццё злучальнай тканкі ў міякардзе.

Кахексія — крайняя ступень знясілення арганізма, якая характарызуецца рэзкім пахудзеннем, фізічнай слабасцю, паніжэннем фізіялагічных функцый.

Клоніка-танічныя сутаргі — раптоўнае міжвольнае скарачэнне мышцаў у выглядзе пачарговых кароткіх і працяглых расслабленняў і напружанняў.

Коліка — прыступ рэзкага схваткападобнага болю, адбываецца часцей пры захворваннях унутраных органаў брушной поласці.

Кома — стан глыбокага прыгнечання функцый цэнтральнай нервовай сістэмы, які характарызуецца поўнай стратай прытомнасці, расстройствам рэгуляцыі жыццёва важных функцый арганізма.

Кровазліццё — наяўнасць крыві, якая вылілася з сасудаў, у тканках або поласцях арганізма.

Кроваспыняльныя сродкі — лекавыя сродкі, якія садзейнічаюць спыненню крывацёку.

Крывацёк — выцяканне крыві з крываноснага сасуда.

Лейкацыт — форменны элемент крыві, які мае ядро.

Лімфа — вадкая частка арганізма, якая ўтрымліваецца ў лімфатычных вузлах і сасудах; утвараецца ў выніку пранікнення тканкавай вадкасці ў лімфатычныя сасуды.

Ліхаманка — рэакцыя арганізма, якая ўзнікае на дзеянне патагенных раздражняльнікаў і праяўляецца ў парушэнні тэрмарэгуляцыі.

Мікрацыркуляцыя — кровазварот па дробных артэрыях, артэрыёлах, венулах і дробных венах.

Некроз — неабарачальнае спыненне жыццядзейнасці тканак пэўнай часткі жывога арганізма.

Параліч — расстройства рухальнай функцыі ў выглядзе поўнай адсутнасці адвольных рухаў у выніку парушэнняў інервацыі адпаведных мышцаў.

Пералом — пашкоджанне косці з парушэннем яе цэласнасці.

Петэхія — пляма на скуры або слізістай абалонцы дыяметрам 1—2 мм, абумоўленая капілярным кровазліццём.

Піурыя — наяўнасць гною ў мачы, вызначаная мікраскапічна або па павышанай колькасці лейкацытаў у мачы.

Плеўральная поласць — прастора паміж вонкавай абалонкай лёгкіх і ўнутранай абалонкай груднай клеткі, запоўненая серознай вадкасцю.

Пнеўматоракс — наяўнасць паветра ў плеўральнай поласці, узнікае ў выніку траўмы.

Прамянёвая тэрапія — тэрапія, заснаваная на выкарыстанні з лячэбнай мэтай іянізуючага выпраменьвання.

Псіхатропныя рэчывы — лекавыя прэпараты, якія ўздзейнічаюць пераважна на псіхіку.

Пухліна — паталагічнае разрастанне тканак, у якіх адбыліся якасныя змены атыповых у дачыненні росту і дзялення клетак.

Рак — злаякасная пухліна, якая развіваецца з эпітэліяльнай тканкі.

Рэзорбцыя (усмоктванне) — актыўны фізіялагічны працэс пераходу розных рэчываў у клеткі, а з клетак — у кроў і лімфу.

Сардэчная недастатковасць — няздольнасць сэрца да адэкватнага кровазабеспячэння ўнутраных органаў.

Сінусіт — запаленне слізістай абалонкі каляносавых пазух.

Слабіцельныя сродкі — лекавыя прэпараты, якія паскараюць апаражненне кішэчніка.

Слупняк — вострая інфекцыйная хвароба, выкліканая бактэрыяй (клос-трыдыум) пры пападанні ў арганізм праз пашкоджаную скуру; праяўляецца клоніка-танічнымі сутаргамі.

Сып — ачаговае вонкавае змяненне (высыпанне) скуры і слізістых абалонак.

Сепсіс — паталагічны стан, абумоўлены бесперапынным паступленнем у кроў мікраарганізмаў з ачагу гнойнага запалення.

Таксікоз траўматычны — выклікаецца прадуктамі распаду тканак пры працяглым сцісканні і прыводзіць да паражэння нырак.

Таксін — рэчыва бактэрыяльнага, расліннага або жывёльнага паходжання, пры пападанні ў арганізм выклікае захворванне або яго гібель.

Тахікардыя — павышаная частата сардэчных скарачэнняў (больш 100 за 1 мін).

Тромб — згустак крыві ў прасвеце крывяноснага сасуда або поласці сэрца.

Трызненне — сукупнасць ідэй, меркаванняў, не адпаведных рэчаіснасці, якія цалкам авалодваюць свядомасцю хворага і не знікаюць пры перакананні ў адваротным і вытлумачэнні.

Узаемадапамога — першая медыцынская дапамога пацярпеламу (хвораму), аказваемая асобамі, якія не адносяцца да медыцынскага персаналу, але маюць неабходны для гэтага мінімум ведаў і навыкаў.

Урэтрыт — запаленне мочаспускальнага канала.

Флегмона — вострае, выразна не абмежаванае гнойнае запаленне клятчаткі.

Фурункулёз — множнае гнойна-некратычнае запаленне валасяных фалікулаў.

Хіміятэрапія — тэрапія, заснаваная на ўжыванні хіміятэрапеўтычных сродкаў.

Цыяноз — сінюшнае адценне скуры і слізістых абалонак, абумоўленае недастатковым насычэннем крыві кіслародам.

Шок — востры працэс, абумоўлены дзеяннем звышмоцнага раздражняльніка (траўма, таксіны і інш.), які прыводзіць да цяжкіх парушэнняў дзейнасці цэнтральнай нервовай сістэмы, кровазвароту і абмену рэчываў.

Эвеітэрацыя — выпадзенне ўнутраных органаў брушной поласці праз дэфект яе сценкі.

Эмбалія паветраная — закупорванне крывяноснага сасуда пузыркамі паветра.

Эпігастральная вобласць — вобласць пярэдняй сценкі жывата, абмежаваная зверху ніжняй часткай грудзіны і рэбернымі дугамі, з бакоў краямі прамых мышцаў жывата.

Эпідэрміс — паверхневы слой скуры, які складаецца з мнагаслойнага плоскага арагавелага эпітэлію.

Змест

Раздзел 1

ПЕРШАЯ МЕДЫЦЫНСКАЯ ДАПАМОГА ПРЫ ТРАЎМАХ І НЯШЧАСНЫХ ВЫПАДКАХ

Раздзел 2

ЛЕКАВЫЯ ПРЭПАРАТЫ І РАСЛІНЫ

Раздзел 3

МЕДЫКА-БІЯЛАГІЧНЫЯ АСПЕКТЫ ПАЛАВОГА ВЫХАВАННЯ

Раздзел 4

АГУЛЬНЫ ДОГЛЯД ХВОРЫХ І ПАЦЯРПЕЛЫХ

Раздзел 5

ПЕРШАЯ ДАПАМОГА ПРЫ ЗАХВОРВАННЯХ

Раздзел 6

ІНФЕКЦЫЙНЫЯ ХВАРОБЫ

Вучэбнае выданне

Федзюковіч Мікалай Іванавіч

АСНОВЫ
МЕДЫЦЫНСКІХ ВЕДАЎ

Вучэбны дапаможнік для 10—11 класаў
агульнаадукацыйных устаноў
з беларускай мовай навучання

Нач. рэдакцыйна-выдавецкага аддзела *Г. І. Бандарэнка*
Рэдактар *І. М. Лапанец*
Мастацкі рэдактар *І. А. Усенка*
Камп'ютарная вёрстка *Ю. М. Галавейка*
Карэктары *С. М. Алава, К. В. Шобік*

Падпісана ў друк 24.02.2011. Фармат 60×90/16.
Папера афсетная. Друк афсетны. Ум. друк. арк. 16,0.
Ул.-выд. арк. 13,43. Тыраж 6720 экз. Заказ

Навукова-метадычная ўстанова «Нацыянальны інстытут адукацыі»
Міністэрства адукацыі Рэспублікі Беларусь.
ЛИ № 02330/0494469 ад 08.04.2009.
Вул. Караля, 16, 220004, г. Мінск

Рэспубліканскае ўнітарнае прадпрыемства «Мінская фабрыка
каляровага друку». ЛП № 02330/0494156 ад 03.04.2009.
Вул. Каржанеўскага, 20, 220024, г. Мінск

(Назва і нумар школы)

Навучальны год	Імя і прозвішча вупня	Стан падручніка пры атрыманні	Адзнака вучню за карыстанне падручнікам
20 /			
20 /			
20 /			
20 /			
20 /			